



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA PRESTAÇÃO DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DOENÇA  
MENTAL NO HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA**

**Alírio Carlos Rodrigues da Luz**

**São Vicente, Setembro de 2014**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA PRESTAÇÃO DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DOENÇA  
MENTAL NO HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade do Mindelo como parte dos requisitos  
para a obtenção do Grau de Licenciado em  
Enfermagem.

Alírio Carlos Rodrigues da Luz  
Orientadora: Mestre Denise Oliveira Centeio

**Mindelo, 15 de Setembro de 2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha mãe Rosa Rodrigues, ao meu pai Carlos Alberto da Luz e à minha avó Carolina Bruno Andrade.

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho de Licenciatura só foi possível graças ao apoio e confiança que recebi da minha orientadora Professora Mestre Denise Oliveira Centeio, com quem muito tenho aprendido, e todos os professores e enfermeiros que me instruíram, orientaram e que, acima de tudo, me aturaram ao longo destes 4 anos.

Gostaria, ainda, de agradecer a todos aqueles que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade. Por esta razão, não posso deixar de relembrar o meu pai Carlos Alberto da Luz, professor de profissão, que me instruiu para não desistir, mesmo nas horas complicadas, e que procurasse fazer das minhas deficiências uma oportunidade de evolução intelectual, a minha avó Carolina Andrade, ambos falecidos.

Não posso deixar, ainda, de agradecer à minha querida mãe Rosa Carolina Andrade Rodrigues, e de lhe referir que estes 4 anos de trabalho valeram a pena, aos meus irmãos Harrison Rodrigues, José Rui Rodrigues, Hilarino Rodrigues, Karen Rodrigues, Diazmira Rodrigues, Delvis Rodrigues, o meu estimado padrasto António João Delgado, e o meu tio Dário Augusto.

Sendo impossível não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequência, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus utentes e nos outros profissionais.

(Nune, J.M, 2007)

## **RESUMO**

A comunicação terapêutica é uma competência diária da parte dos enfermeiros na prestação de cuidados de Enfermagem nos Serviços de Saúde Mental. É, portanto, fulcral tanto para os enfermeiros como também para os doentes mentais, ao permitir a cultivação de uma relação básica na comunicação, visando a diminuição do tempo de internamento do utente, o que o faz ser um factor determinante na relação de ajuda nos cuidados de saúde.

Este estudo visa realçar a importância da comunicação como ajuda terapêutica nos portadores de doença mental. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa. Participaram no estudo quatro enfermeiros que actuam no serviço de saúde mental, sendo os dados colhidos com base numa entrevista semiestruturada e submetidos, posteriormente, a uma análise de conteúdo. Os discursos apontaram que os enfermeiros reconhecem a importância da comunicação terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem no serviço de saúde mental, no estabelecimento de uma relação de empatia e na recuperação do utente. Concluiu-se que a inadequação do espaço neste sector constitui o principal obstáculo à comunicação terapêutica.

**Palavras-chave:** Comunicação Terapêutica; Cuidados de Enfermagem; Doença Mental.

## **ABSTRACT**

Therapeutic communication is a daily part of the competence of nurses in providing nursing care in Mental Health Services. It is therefore crucial both for nurses but also for the mentally ill, to allow the cultivation of a basic relation in communication, aiming to reduce the length of stay of the patient, which makes him a factor in the relationship helps us health care.

This study aims to highlight the importance of communication as a therapeutic aid for patients with mental illness. It is, therefore, a descriptive exploratory qualitative study, conducted at the Mental Health Hospital Baptista de Sousa. Participated in the study four nurses working in the mental health service, and the data collected based on a semistructured interview and submitted subsequently to a content analysis. The speeches showed that nurses recognize the importance of therapeutic communication in the delivery of nursing care in the mental health service and also the establishment of a relationship of empathy and patient recovery. It was concluded that inadequate space in this sector is the main obstacle to therapeutic communication.

**Keywords:** Therapeutic Communication; Nurses Care; Mental Illness.

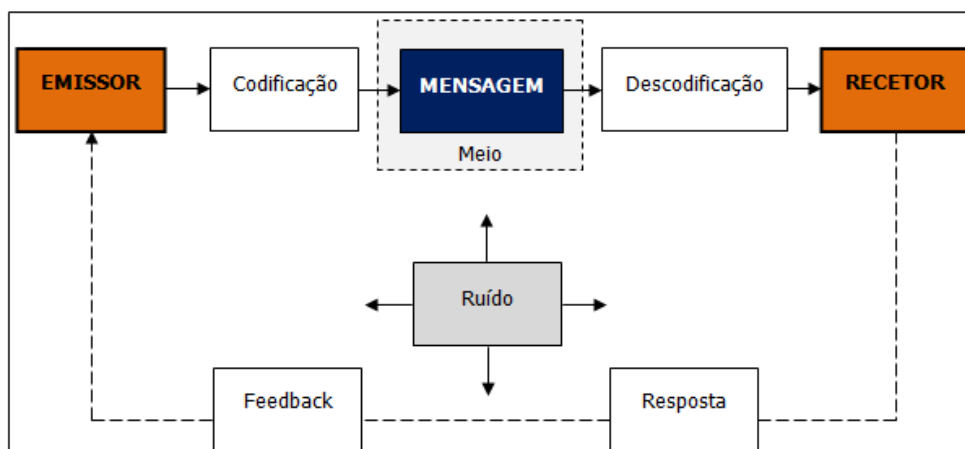
## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	11
Problemática e justificativa .....	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1. O Conceito de Comunicação .....	15
1.1. Comunicação em Contextos de Saúde .....	16
1.2. Importância da comunicação verbal e não-verbal .....	17
1.3. Comunicação Terapêutica .....	18
2. Cuidados de Enfermagem.....	21
3. Saúde/ Doença Mental.....	23
4. História de Enfermagem psiquiátrica.....	25
5. Comunicação nos Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental.....	26
5.1. Comunicação Enfermeiro-Utente.....	26
5.2. A comunicação como ajuda terapêutica ao Portador de DM .....	27
5.3. A comunicação terapêutica com o familiar do doente mental .....	29
6. Competência do Enfermeiro em Comunicação com Doente Mental.....	31
6.1. A relação entre enfermeiro e o utente de saúde mental.....	32
7. Educação para Saúde Mental (EpSM) .....	33
8. Princípios Éticos e Legais na Enfermagem em Saúde Mental.....	34
9. Direitos dos Portadores de Doença Mental.....	36
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	37
1. Procedimentos metodológicos .....	38
1.1. Tipo de estudo .....	38
1.2. Metodologia de recolha de dados.....	39
1.3. Caracterização do Campo Empírico.....	40



1.4. Participantes/ Amostra .....	41
1.5. Aspectos Éticos do Procedimento .....	42
CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA .....	43
1. Apresentação e Interpretação de Resultados .....	44
1. 1. Categoria 1- Importância da comunicação terapêutica .....	44
1.1.1. Estabelecimento da relação enfermeiro-utente.....	44
1.1.2. Recuperação do utente.....	45
1.2. Categoria 2- Desafios à comunicação terapêutica.....	45
1.3. Categoria 3- Comunicação não-verbal .....	46
1.4. Categoria 4-Comunicação com utente com nível de consciência alterada.....	47
1.5. Categoria 5 – Comunicação com utentes com comportamento agressivo .....	48
1.6. Categoria 6- Técnicas de comunicação terapêutica mais utilizadas.....	49
1.6.1. Escuta activa.....	49
2. Considerações Finais.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	52
ÍNDICE DE APÊNDICES .....	58
Apêndice I - Guião de entrevista .....	58
Apêndice II – Pedido de Autorização (Requerimento) .....	58
Apêndice III- Termos de Consentimentos livre Esclarecidos .....	58
Apêndice IV – Cronograma.....	58
ÍNDICE DE ANEXOS.....	59
Anexo I- Declaração da Orientadora .....	59
Anexo II- Termo de Aceitação da orientadora .....	59
Anexo III- Pedido de Autorização para recolha de dados no Serviço de Saúde Mental (H.B.S).....	59

## LISTA DE TABELAS



**Fig. 1** – Elementos do processo comunicacional, (*Apud* Kolter e Keller, 2006).

## LISTA DE ABREVIATURAS

Apud	Citado por
Cf.	Conferir
DM	Doença Mental
E	Emissor
EpS	Educação para a Saúde
EpSM	Educação para Saúde Mental
<i>Et al</i>	E outros
HBS	Hospital Baptista de Sousa
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PrD	Prevenção de Doenças
PS	Promoção da Saúde
R	Receptor
Sd	Sem data
SM	Saúde Mental
SSM	Serviço de Saúde Mental
SV	São Vicente

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação surge no âmbito da conclusão da Licenciatura em Enfermagem realizada na Universidade do Mindelo. A sua elaboração não pretende ser apenas um elemento de avaliação mas também compreender e aprofundar a realidade temática escolhida, procurando contribuir para o avanço dos conhecimentos nesse domínio, e contribuir para a melhoria da prática de enfermagem.

Para o efeito, escolheu-se a temática **A Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem aos Portadores de Doença Mental do Hospital Baptista de Sousa**, motivados por algumas inquietações dos utentes que tivemos a oportunidade de experienciar durante o Ensino Clínico no Serviço de Saúde Mental do referido Hospital.

Ao longo desse processo, deu-se conta da necessidade de reforçar a comunicação enfermeiro-utente no Serviço de Saúde Mental para que seja avaliada satisfatória na optimização dos cuidados de Enfermagem.

Contribuíram, ainda, para a sua elaboração a enorme vontade em explorar a temática, o interesse pela prestação de cuidados humanizados na prática de enfermagem, e a consciência de que no âmbito da saúde em geral, e da saúde mental em particular, os cuidados de uma equipa multidisciplinar constituem uma grande valia na recuperação dos utentes.

Com isso, pretendemos, igualmente, que este trabalho tenha como principal propósito realçar a importância da comunicação como ajuda terapêutica aos portadores de doença mental. Alerta-se, ainda, que não se pretende curar patologias mas, sim, identificar meios que possam concorrer para o alívio sintomático e do sofrimento, a redução da ansiedade e contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos utentes.

Teixeira (1996:87) entende que a comunicação enfermeiro-utente não se reduz à simples troca de mensagem, mas numa acção que deve ser planeada e personalizada. A comunicação eficaz tem a vantagem de permitir ao profissional estabelecer um relacionamento interpessoal com o utente como também efectivar mudanças no sentido de promover a recuperação e o bem-estar do utente.

Ramos (2004:98), também refere que a comunicação enfermeiro-utente denomina-se comunicação terapêutica, por pretender identificar e atender as necessidades de saúde do utente e contribuir para melhorar a prática de Enfermagem, criando

oportunidades de aprendizagem e despertando nos utentes sentimentos de confiança, permitindo-lhes sentir satisfeitos e seguros. Ainda no que se refere ao assunto, Stefanelli (1993:33) entende que existem pressupostos de que a comunicação deficitária no contexto de saúde apresenta-se como um factor limitativo de adesão ao tratamento.

Partilhando da opinião de Tylar (1992:12), referimos que os portadores de doença mental, geralmente, são marginalizados sob o olhar preconceituoso da sociedade, o que os faz carecer, talvez mais do que os portadores de uma doença física, de cuidados especiais e assistência humanizada. Dessa forma, o já citado Teixeira (1996:88), refere que o objecto específico de intervenção em enfermagem psiquiátrica é o ser humano portador de doenças cujos sintomas limitam as várias esferas da vida e condicionam o funcionamento quotidiano.

Trata-se, portanto, de um facto que requer do enfermeiro um desenvolvimento mais completo, uma compreensão especial e um maior interesse no relacionamento com o utente.

As premissas de Stefanelli têm sido eleitas na exploração neste campo de conhecimento. Assim, à luz deste quadro de referência e de encontro ao *problema central* deste trabalho, pretende-se responder à seguinte pergunta de partida: Qual é a importância da comunicação terapêutica nos cuidados de Enfermagem aos portadores de doença mental?

Para a prática de enfermagem psiquiátrica, este tema pode revelar tão importante como prestigioso no desempenho dos profissionais de enfermagem que atuam na rede de saúde mental.

A enfermagem psiquiátrica e de saúde mental é uma área especializada que se baseia na ciência de teorias sobre o comportamento humano e na arte do uso terapêutico do “eu”. Por sua vez, a prática é dirigida aos esforços preventivos e correctivos das perturbações mentais e das suas sequelas, isto é, interessa-se pela promoção da saúde mental dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral (Hanson, 2005:324)).

Estruturalmente, o trabalho compõe-se de três capítulos. No primeiro capítulo apresentar-se-a o enquadramento teórico, no segundo capítulo abordar-se-a a metodologia e no terceiro e último capítulo apresentar-se-a a fase empírica do estudo. Salienta-se, ainda, que seguiu-se as normas da Universidade do Mindelo para elaboração e apresentação de trabalho académico e científicos, criadas em Março de 2012.

## Problemática e justificativa

Conforme referido anteriormente, a problemática deste estudo prende-se, sobretudo, com o desvio constatado entre a comunicação enfermeiro-utente no Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa (H.B.S), durante o período de Ensino Clínico, a comunicação julgada satisfatória na optimização dos cuidados de enfermagem. Recordamos que um dos preditores da adesão ao tratamento prende-se com a satisfação à consulta resultante da compreensão da informação adicionada à capacidade de recordar as informações (Ogden, 2004). Esses pressupostos passam pelo processo de comunicação pelo que se mostra pertinente a realização de pesquisas na área da comunicação nos cuidados de enfermagem de modo a proporcionar melhorias na assistência dos cuidados humanos.

Assim, o nosso estudo baseia-se na seguinte pergunta de partida: Qual é a importância da comunicação terapêutica nos cuidados de enfermagem aos portadores de doença mental?

Assim o trabalho tem como **objectivo geral**: Realçar a importância da comunicação como ajuda terapêutica aos portadores de doença mental. O mesmo deu origem aos seguintes **objectivos específicos**: (1) compreender a comunicação no contexto de enfermagem de Saúde Mental no H.B.S; (2) verificar a forma como o enfermeiro comunica com os portadores de doença mental; (3) conhecer os factores que podem influenciar a comunicação; e, (4) identificar as técnicas de comunicação terapêutica nos cuidados de enfermagem em saúde mental.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. O Conceito de Comunicação

Comunicação é uma palavra de origem latina *communicare*, que significa pôr em comum, conviver ou mesmo “Entrar em relação com o outro, partilhar ideias, emoções, cultura” e prevê que o Emissor (E) e o Receptor (R) estejam dentro da mesma linguagem para que haja entendimento e compreensão entre ambos. Portanto, comunicar é um processo fundamental que se efectiva na interacção entre as pessoas. Por essa razão, Dallari (1998:17) refere em *Direitos Humanos e Cidadania* que:

A sociedade humana é um conjunto de pessoas, ligadas entre si pela necessidade de se ajudarem uns aos outros no plano material, bem como pela necessidade de comunicação intelectual, afectiva e espiritual a fim de que possam garantir a continuidade da vida e satisfazer seus interesses e desejos.

Segundo Kaplan e Sadock (1986: 66), a comunicação é o princípio organizado da natureza que une os seres vivos entre si, quando uma entidade biológica ou social está equipada para registar o impacto de sinais, reagir selectivamente e emitir sinais em resposta, ou está preparada para entrar em comunicação com outras entidades e mediadas através de três propriedade básicas da matéria viva: (1) *imput* (percepção); (2) funções centrais (tomada de decisão, memória) e, (3) *output* (expressão, acção).

Conforme postulado por Phaneuf (2001:152):

A comunicação pode ser entendida como um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos de maneira consciente e inconsciente, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não-verbal. Por seu intermédio chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidos pelos outros, e criar laços afectivos com eles.

Ferreira (apud Rosário, 2009), ressalta que para que possa ocorrer o processo comunicacional, é necessário alguns elementos considerados básicos: um Emissor (E) tem algo (mensagem) para transmitir ao Receptor (R); o E terá o cuidado de traduzir a mensagem de forma a fazer sentido (código) para o R e enviá-lo através do meio verbal e não-verbal ou escrito (canal); o R recebe a mensagem através dos seus sentidos e traduzida de forma a ter significado para ele (código). Através da resposta enviada pelo R (que agora é E), o E (agora R), confirma-se se o significado da mensagem foi interpretado correctamente (feedback).

Além da existência dos elementos fundamentais referidos, para que possamos obter uma correspondência tão perfeita quanto possível entre o que é emitido e o que é recebido o E deve codificar as suas mensagens de tal modo que, estas, sendo perfeitamente

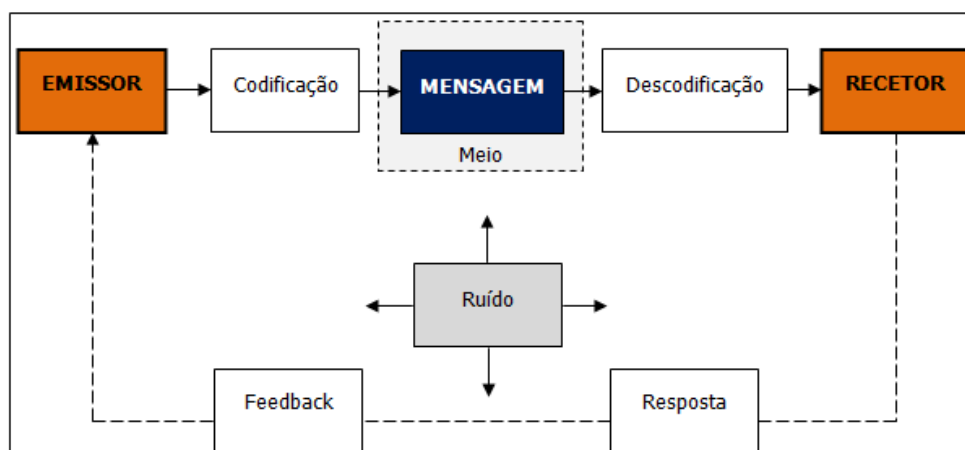


transmitidas, serão decodificadas pelo destinatário, o R, de modo a atribuir-lhe o mesmo significado. Se o R não atribuir a informação recebida o mesmo significado que o E pretendia, isso significa que houve falhas ou barreiras na comunicação (Teixeira, 1997: 184).

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997:66):

O processo de comunicação efectua-se por meio de sinais, signos e símbolos. Um sinal é um impulso em trânsito que quando encontra órgãos sensoriais terminais representa um estímulo que desencadeia uma resposta. Os sinais devem ser organizados em determinada ordem a fim de serem compreendidos. Essa ordem, que deve ser compartilhada pelo E e pelo R, é chamada de código. Sinais inoportunos, feitos ao acaso, são designados ruídos e, geralmente, não são levados em consideração. Se um R pode atribuir propriedades referenciais à um sinal, este se torna um signo com qualidade de resolução de problemas, se para a comunicação forem usadas sons vocais, ou seja, a fala, o código é chamado de informação.

A figura que se segue ilustra o processo comunicacional e os elementos que nele interferem.



**Fig. 1** – Elementos do processo comunicacional (*Apud* Kolter e Keller, 2006).

### 1.1. Comunicação em Contextos de Saúde

A comunicação é um aspecto básico em contexto de saúde que deve estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente de modo a: (1) melhorar a qualidade dos cuidados prestados; (2) promover a equidade; (3) fomentar a satisfação do utente; (4) favorecer o ajustamento psicológico à doença; (5) melhorar a adesão ao tratamento; e (6) reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress, (Ramos, 2008). Este autor também refere que a comunicação com o utente permite

“pôr em comum”, “entrar em relação” o que exige por um lado, disponibilidade de tempo para ouvir atenta e silenciosamente o que o utente nos quer dizer e, por outro lado, escuta activa bem como uma percepção apurada para que se consiga ouvir o dito e o não dito.

Além disso, o já citado autor propõe que envolver os utentes e comunicar com eles, satisfaz várias necessidades, nomeadamente ao nível psicológico.

Nesta sentido Elkin, Perry e Potter (2005: 26), afirmam que “a comunicação é uma competência que o enfermeiro deve utilizar para desenvolver e aperfeiçoar o seu saber fazer profissional, e portanto, deve ser admitida como arte e responsabilidade para melhorar os cuidados prestados ao utente.” É através dessa comunicação que o utente e o enfermeiro constroem uma ligação que ajuda o enfermeiro a identificar as necessidades do utente objectivando ajudá-lo e promovendo sua saúde e segurança.

## **1. 2. Importância da comunicação verbal e não-verbal**

Segundo Potter e Perry (2006: 136), “o comportamento verbal e não-verbal, tem grande influência na relação de ajuda pois, a aceitação por parte dos utentes, de si, enquanto profissional dependerá frequentemente da imagem humana e profissional que é transmitida”. O nosso aspecto profissional como o comportamento e a maneira de proceder permite-nos demonstrar a nossa credibilidade e competência profissional.

A comunicação verbal consiste no uso de palavras para comunicar mensagens orais ou escrita. Neste caso, o instrumento utilizado é a linguagem, que é um conjunto de palavras com significados compreensíveis dentro de um grupo. Porque uma palavra possui um significado, isto não nos garante que esse significado seja interpretado do mesmo modo por todos os membros do grupo pelo que o código deve ser reciprocamente compreendido entre o E e o R (Sorensen & Luckmann, 1998: 534).

Ainda estes mesmos autores afirmam que “a comunicação escrita transfere um pensamento ou um símbolo falado para a forma impressa. Ser capaz de comunicar de forma clara e precisa através da escrita é essencial para os enfermeiros (por exemplo, na documentação de cuidados de enfermagem).” Essa forma de comunicação é muito importante especialmente para os utentes que apresentam alguma incapacidade para ouvir ou falar com clareza, ou mesmo para os que tenham a linguagem falada comprometida.

Segundo Potter e Perry (2006: 136):

A comunicação não-verbal compreende as mensagens transmitidas por linguagem corporal, sem recurso a palavras, por expressões faciais ou mímicas, sinais vocais, olhar, gestos, postura, toque, cheiros, aspectos físicos, vestuários, o silêncio, a organização dos objectos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Ainda os mesmos autores afirmam que “há estudos sobre comunicação não-verbal que mostram que apenas 7% dos pensamentos (das intenções) são transmitidos por palavras, 38% por sinais para-linguísticos (entonação de voz, velocidade com que as palavras são ditas) e 55% pelo corpo”. Neste sentido, os referidos autores chamam atenção para a valorização das mensagens não-verbais dado que estas comunicam muito mais do que as verbais.

A certificar as afirmações anteriores, os resultados dos estudos empíricos mostram que a comunicação não-verbal geralmente revela fielmente sentimentos verdadeiros devido ao facto da pessoa ter menos controle das suas reacções não-verbais, e exemplifica o facto quando descreve um utente que se diz sentir-se bem ao mesmo tempo que contrai o rosto e mantém o corpo rígido. No seu entender, e como não será abusivo concluir, provavelmente, estamos perante um sujeito em sofrimento. (Potter & Perry, 2006: 136).

Assim, com a finalidade de complementar este trabalho, torna-se imprescindível analisar a bibliografia relativa as temáticas que circundam o tema, de forma a confrontar ideias de autores, como compreender e analisar diferentes teorias e perspectivas, correspondendo a um levantamento das palavras-chave relacionado com a natureza do tema em estudo como “Comunicação Terapêutica, Cuidado de Enfermagem, Doença Mental”, tomando a teoria de Stefanelli como referencia teórica.

### **1.3. Comunicação Terapêutica**

De acordo com Stefanelli (1993:55) “o enfermeiro utiliza a comunicação terapêutica para ajudar os utentes a enfrentarem os seus problemas, a relacionarem-se com os outros, a ajustarem-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto-realização.” Na enfermagem, o uso da comunicação terapêutica entre o enfermeiro e o utente é visto por muitos autores como uma das principais tarefas desta profissão, visto ser essa a actividade que o aproxima do utente.

Segundo Nascimento e Trentini, (2004:10):

A comunicação terapêutica permite uma interação entre o enfermeiro e o utente ao proporcionar uma oportunidade de um relacionamento humano que atinja os objectivos da prática de cuidar; este encontro quando acontece no Serviço de Saúde Mental (SSM) será significativa, garantindo uma autêntica intersubjectividade, quando os prestadores de cuidados deixarem de se refugiar no seu papel profissional e de exercerem domínio, impondo normas e rotinas, e ao contrário fizerem com que a sua presença seja percebida pelo utente como alguém que está verdadeiramente interessado em compreender a sua experiência de ser utente.

Conforme Basto (1998:49-50), a efectivação da comunicação terapêutica na relação com o utente exige do enfermeiro um trabalho de auto-análise, disponibilidade para pôr em causa e capacidade para se aceitar, o que corresponde a um certo grau de desenvolvimento e uma ideologia do cuidar. O autor revela que “o que torna a enfermagem uma actividade profissional é a comunicação centrada no utente, com a intenção de proporcionar uma autonomia nas suas actividades ou decisões ou a aumentar o seu conforto.”

De acordo com Silva (2001:14):

Na comunicação terapêutica o enfermeiro utiliza o seu conhecimento para ajudar o utente a enfrentar os seus problemas, conviver com outras pessoas e aceitar o que não pode ser mudado, essa comunicação é positiva e obtém sucesso quando respeita características de flexibilidade; propriedade, eficiência e resposta. Um dos objectivos da assistência de Enfermagem é levar o utente a participar dos esquemas terapêuticos, estabelecer uma relação de confiança e reduzir o medo e a ansiedade e lutar por seu restabelecimento com dignidade.

Segundo Stefanelli (2005:65), “para que o enfermeiro e sua equipa possa desenvolver competências em comunicação terapêutica, é necessário referenciar nas premissas da comunicação, sendo ela o eixo integrador entre a assistência, ensino e pesquisa em enfermagem.” Essa comunicação vai oferecer as condições favoráveis ao relacionamento interpessoal e permitir o exercício da enfermagem de modo a desenvolver os cuidados de forma integral e humanizada às pessoas.

No mesmo sentido, Hays e Larson (apud Townsend, 2011: 138) defendem que “para que se venha a obter uma comunicação eficaz é necessário que ela seja voltada para a preservação do auto-respeito do enfermeiro e do utente, dando aceitação e compreensão precedendo a quaisquer sugestões de informações.” Desta forma, o mesmo autor identificou diversas técnicas que ajudam o enfermeiro numa interação terapêutica com o utente e que devem ser considerados pelo enfermeiro que trabalha em psiquiatria de modo a melhorar o relacionamento terapêutico com o utente e que de seguida passamos a apresentar:

O ***silêncio*** dá ao utente oportunidade de juntar e organizar seus pensamentos, de pensar em algo ou de considerar introduzir um assunto que suscita maior inquietação; a ***aceitação*** transmite uma atitude de recepção e consideração ao utente; O ***reconhecimento*** é uma técnica de percepção consciente, melhor que elogiar, que reflecte a opinião do enfermeiro; ***oferecer-se a si*** mostra disponibilidade absoluta, aumentando assim a auto-estima do utente; ***dar abertura*** permite ao utente tomar iniciativa e introduzir novos assuntos; enfatiza a importância do papel do utente na interacção. ***Reforçar pistas*** consiste no encorajamento do utente para continuar. ***Localizar um evento no tempo, ou sequência*** clarifica no tempo os eventos da relação para que o enfermeiro e o utente possam vê-los em perspectiva. ***Fazer observações*** concede oportunidade de verbalizar o que é observado ou entendido, encorajando o utente a reconhecer comportamentos específicos e a comparar percepções com o enfermeiro. ***Encorajar a descrição de percepções*** consiste em pedir ao utente para verbalizar o que entendeu. Esta técnica é frequentemente utilizada em utentes com alucinações; ***encorajar a comparação*** consiste em solicitar ao utente que compare semelhanças e diferenças em ideias, experiências ou relações interpessoais ajudando o utente a reconhecer experiências de vida que tendem a ser recorrentes assim como aspectos da vida que são modificáveis. ***Repetição*** consiste em repetir a ideia principal dita pelo utente, dando-o a entender que o que foi dito foi entendido e conferindo-lhe igualmente a hipótese de continuar, ou clarificar se necessário; ***reflexão***, as questões e sentimentos são relembrados ao utente para que possam ser reconhecidos e aceites, e para que o utente possa reconhecer que o seu ponto de vista tem valor; a utilização desta técnica faz sentido nomeadamente quando o utente pede conselhos ao enfermeiro; ***focalização*** significa fazer notar cada ideia ou cada palavra; funciona especialmente bem com utentes que passam rapidamente de um pensamento para outro. No entanto, esta técnica não é terapêutica com um utente bastante ansioso, não devendo ser utilizada até o nível de ansiedade ter diminuído; ***exploração*** consiste em explorar um assunto, ideias ou experiências; é particularmente útil com utentes que têm tendência a manter-se a um nível superficial de comunicação. Contudo, se o utente optar por não dar mais informações, o enfermeiro deve evitar forçar um assunto que eventualmente causa desconforto. ***Clarificação e validação*** é tentar explicar o que é vago ou incompreensível e procurar o entendimento mútuo clarificando se o significado do que foi dito facilita e aumenta o entendimento tanto para o utente como para o enfermeiro; ***apresentar a realidade*** é quando o utente tem uma percepção errada do ambiente, o que faz com que o enfermeiro defina a realidade ou

indique ao utente a sua percepção da situação; *expressão de dúvida* expressa a incerteza em relação à realidade das percepções do utente (é usado frequentemente com utente que experienciam pensamentos delirantes); *verbalização do implícito* é uma técnica onde o enfermeiro verbaliza o que o utente disse indirectamente ou deixou implícito, podendo também ser usado com utente que não fala ou que tenha problemas de comunicação verbal. Isto clarifica o que está implícito e não explícito; *descodificação de sentimento*, nesta técnica, os sentimentos são exprimidos indirectamente, levando ao enfermeiro em traduzir o que foi dito e encontrar pistas para os verdadeiros sentimentos subentendidos. Por fim, *formular um plano de acção* é possível quando o utente tem um plano em mente para lidar com o que é considerado uma situação stressante (pode servir para evitar que a raiva ou ansiedade aumentam para um nível impossível de gerir).

## **2. Cuidados de Enfermagem**

Segundo Frias (2003: 36), Cuidar significa curar, cogitar pensar mostrar atenção e interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação sendo sua essência a mais velha pratica da história do mundo tendo por objectivo manter a vida. O cuidado em saúde requer dos profissionais uma visão ampla que ajuda a entender o ser humano no seu todo, e assim contemplar suas dimensões biológicas psicológica, social e espiritual, contribuir para realização do cuidado com qualidade.

O conceito de cuidados de enfermagem é um dos conceitos do metaparadigma de enfermagem, isto é, qualquer que seja a perspectiva ou paradigma que explique o que é enfermagem, inclui sempre quatro conceitos essenciais: (1) pessoa; (2) saúde; (3) ambiente; e, (4) cuidados de enfermagem. Logo, o conceito de cuidados de enfermagem é fundamental para a compreensão do sentido oferecido à “Enfermagem” (Frias, 2003:46).

Para Henderson (2007:23), os cuidados de Enfermagem devem ser sempre observados em conteúdos conceituais e experimentados em teoria e prática, não somente pelos procedimentos técnicos desenvolvidos pelo profissional, mas também deve levar em consideração a postura, o olhar, os gestos, e a forma de tocar no utente. Assim, ajudam a manter suas dignidades e condição humana nos momentos de fragilidade, mostrando competência em comunicação humana e terapêutica.

De acordo com Townsend (2002: 98), podemos compreender a enfermagem como um conjunto de técnicas e procedimentos, reconhecida pelo seu aspecto prático, portanto,

ao deparar com o ser cuidado, o enfermeiro reconhece que é impossível cuidar sem considerar a natureza física, social, psicológica e espiritual da pessoa, a sua multidimensionalidade. É preciso relacioná-lo com o meio ambiente, para que possa acontecer o cuidado de forma interactiva entre os elementos, o cuidador-ambiente-ser humano.

De acordo com Towsend (2000:122):

O cuidado em Saúde Mental (SM) tem ênfase no relacionamento afectivo-emocional com a pessoa que se encontra geralmente longe de uma comunicação efectiva com o outro, vivendo em uma realidade só sua, difícil de ser manuseada, entendida e interpretada. Todavia, o relacionamento interpessoal que se estabelece comporta em um pré-requisito que é a dedicação de ambas partes (profissional e utente), sendo um desafio permanente para os envolvidos na experiência.

Segundo Stefanelli (2005: 55), “a comunicação interpessoal, é fundamental num relacionamento terapêutico entre enfermeiro e o utente, é através dessa comunicação e do relacionamento que se estabelece com o utente e família, ajudando nas suas recuperações.”

O cuidado de enfermagem com o portador de Doença Mental (DM) compreende três domínios imprescindíveis: (1) o assistencial directo ao utente; (2) a comunicação; e (3) o gerenciamento desse cuidado (Stuart & Laraia, 2002). Assim, o cuidado humanizado ao portador de DM consiste em olhá-lo como um ser biopsicossocial, visando a sua reabilitação psicossocial, através de técnicas e exercícios elaborados consoante as necessidades individuais do utente. Tal cuidado comporta três momentos distintos: (1) o primeiro contacto que pode despoletar medo do utente; (2) familiarização com o utente, esta baseada na comunicação; e, (3) cotidiano que despoleta uma sensação de gratificação pela evolução do estado de saúde do utente (Bernardes & Guareschi, 2004:148).

A apoiar o segundo momento pautado pelos autores a cima, Oriá, Moraes e Victor (2007: 4), afirmam que “o cuidado de Enfermagem não existe sem comunicação entre o enfermeiro-equipe e a enfermagem- utente. Neste sentido, a abordagem inicial da pessoa com DM deve ser desenvolvida e sustentada na comunicação terapêutica, visto que ajudará na efetivação do vínculo, necessário para a continuidade da prática de cuidar.”

Para Cianciarullo (2003:32), “ o cuidado em saúde mental entre o enfermeiro-utente-família é fundamentado na relação interpessoal. Portanto, o enfermeiro precisa em desenvolver habilidades, principalmente na comunicação.” Mas para fazê-lo deve acreditar que isso é realmente importante para os cuidados em enfermagem, devem disponibilizar tempo para relacionar com o utente se conhecerem e dar abertura um para o outro.

De acordo com Stefanelli, (1993: 2005), “a comunicação é uma das necessidades humanas fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem, pois sem ela não havia um relacionamento interpessoal terapêutico entre os profissionais de enfermagem e o utente.” Sendo a comunicação terapêutica uma competência em que o enfermeiro deve adquirir pelo conhecimento e uso da comunicação humana, para ajudar o ser humano em certo momento da vida a fim de torná-lo autónomo e melhorar a sua condição de vida.

Segundo o mesmo autor é na comunicação humana que se valoriza o significado atribuído pelo ser humano, à sua experiência de adoecimento, ao seu sofrimento, reconhecendo as relações interpessoais como um processo, que permeia a organização produtiva do trabalho e suas dimensões técnico e assistenciais.

### **3. Saúde/ Doença Mental**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os conceitos de saúde e doença mental são controversos, e a sua compreensão limitou-se ao indivíduo doente. Desde meados do século XX que a saúde se constitui definitivamente como um conceito específico como objecto de investigação e intervenção independente das doenças (*apud* Ribeiro, 1992).

Segundo Alves (2001:23), “a Organização Mundial de Saúde, vem definir saúde não como, ausência de doença ou de algum tipo de distúrbio biológico, mas antes como um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social”

O autor afirma que “esta perspectiva vem introduzir uma concepção mais dinâmica da vivência biológica enquanto inseparável do contexto sociocultural, psicológico, económico, ecológico, em que o individuo vive.” Pois só com saúde que vamos conseguir efectivamente desempenhar os papéis que nos foram socializados

De acordo com Amarante, (2007: 15):

A saúde mental é um campo ou uma área de conhecimento e de actuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, que abrange distintas áreas que fomentam saberes rumo a sua actuação, é um campo que não tem fronteiras, não sendo apenas psicopatologia, semiologia ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais.

Para Espinosa (2000:18), podemos compreender a DM como uma alteração fisiológica ou orgânica e psicológica, ou ainda um desequilíbrio emocional causado por factores externos ou internos. Entender a DM significa modificar e desconstruir ideologias, crenças e valores em relação a patologias mentais. A DM quando surge aparece como uma



barreira que dificulta o contacto do indivíduo com o meio ambiente em que está inserido, na maioria das vezes privando-o da sua liberdade e da possibilidade do convívio com as pessoas.

De acordo com Townsend (2011: 16):

É difícil definir a DM, devido aos factores culturais que o influenciam, no entanto, identificou dois elementos, por um lado, a percepção das doenças mentais independentemente da origem cultural e, por outro, como a incompreensibilidade, ou seja, quando a população não se encontra capaz de perceber a motivação que provoca um comportamento. Assim, os observadores quando não entendem o significado ou a compreensibilidade do comportamento, é natural que rotulem-no de DM.

De acordo com Alves (2001:23), a doença causa um desequilíbrio que afecta não só uma parte bem delimitada do indivíduo, mas o indivíduo no seu todo, nesta perspectiva, o tratamento não pode ser circunscrever-se à supressão da sintomatologia nem ao indivíduo doente, mas também ao contexto social, familiar, laboral em que a pessoa doente e a sua doença se desenrolam.

Para Basteiro e Marin (2003:38), a DM é um sofrimento humano concreto e imenso, manifestando em níveis distintos de gravidade, no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu meio envolvente.

O diagnóstico de DM só pode ser definido a partir de um certo número de indicadores sejam de índole individual ou colectivo, que nos permitem graduar entre as categorias de doença e de saúde as diversas formas (normais, desviadas e patológicas) do comportamento humano (Gonçalves, 2008:43).

Vasconcelos (2002:272), “ pressupõe que as DM têm causas múltiplas (biológicas, social, psíquica, cultural) e, são facilmente percebido pelos seus sintomas e sinais, frequentemente pelo comportamento que desvia daqueles normalmente consentidos e aceites socialmente.”

Segundo Brito (2002), devemos considerar as pessoas em sofrimento psíquico como seres humanos com habilidades e capacidades humanas que não podem ter suas vidas estigmatizadas pela loucura, deixando de exercer actividades quotidianas. O mesmo autor refere que “os momentos de crise devem ser entendidos como resultado de um série de factores que envolvem terceiros (familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos), pois a crise, assim como a doença é mais uma questão social do que biológico ou psicológica.”

#### **4. História de Enfermagem psiquiátrica**

De acordo com Peplau (2005:22), a enfermagem é definida como um processo interpessoal, significativo e terapêutico, funcionando em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos e comunidades. A enfermagem é a arte de cuidar, uma ciência, cuja essência, é o cuidado do ser humano em todas as formas de modo integral e respeitando os direitos do indivíduo, desenvolvendo atitudes de promoção e protecção da saúde, ajudando na prevenção e recuperação das doenças.

De acordo com Stanhope e Lancaster (1999:7-8), a Enfermagem desenvolveu-se em meados de 1800 na Inglaterra por Florence Nightingale, a visão e o modelo guiaram o desenvolvimento da Enfermagem e da Enfermagem comunitária nos Estados Unidos, devido a necessidade de enfermeiros que haviam para cuidar dos soldados doentes e feridos devido a guerra da Crimeia. Assim, as raízes da Enfermagem organizada foram fundadas para providenciar os cuidados de saúde para os indivíduos pobres, discriminados e sem poder.

Segundo Townsend (2011:13), a Enfermagem psiquiátrica surgiu em 1873 com a formatura de Linda Richards no programa de Enfermagem no New England Hospital for Women and Children. Em Boston, tornou-se conhecida como a primeira psiquiatra americana durante sua carreira. Foi importante no estabelecimento de vários Hospitais psiquiátricos e da primeira escola de enfermagem psiquiátrica. O importante nesta escola era o treino sobre como proporcionar cuidados particulares aos utentes em asilos psiquiátricos, treino que não incluía o estudo de conceitos psicológicos.

Segundo George (2000), “Peplau foi considerada a fundadora da enfermagem psiquiátrica, em que considerou a doença como uma experiência da aprendizagem através da evolução de uma boa relação enfermeiro-utente, onde ambos podem desenvolver-se e crescer mais como pessoa”. Sugeriu ainda que para que o enfermeiro seja considerado eficiente é necessário desenvolver-se e amadurecer como pessoa, assim o utente terá uma oportunidade maior de aprendizagem sobre a sua doença e sobre si mesmo, reintegrando melhor na comunidade.

## 5. Comunicação nos Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental

### 5.1. Comunicação Enfermeiro-Utente

Segundo Rosário (2009), “os enfermeiros do serviço de saúde mental, devem ter em conta, seja qual for o nível de incapacidade comunicativa do utente, devem promover meios de comunicação adequado de acordo com as suas necessidades, e não ignorá-los e virando as costas só porque não conseguiu percebê-los.”

De acordo Lazure (1994), o enfermeiro como “gente que cuida de gente” tem que estar disponível para perder tempo, e ouvir atentamente o que o utente quer dizer e sobretudo o que ele não diz, tem que possuir o conhecimento teórico, e principalmente em saber utilizar as técnicas de comunicação. Ainda o mesmo autor refere que” a comunicação nem sempre acontece da melhor forma possível, por existir obstáculos que impedem uma comunicação eficaz, como nos utentes com impossibilidade de comunicar verbalmente, neste caso os profissionais devem recorrer as técnicas de comunicação não-verbal.” Como: **O olhar**, quando o enfermeiro inicia-se com um contacto visual, já indica que o canal de comunicação está aberto para desencadear a interacção entre duas pessoas, os olhos são chamados “as janelas da alma.” O olhar constitui um sistema complexo, sensível capaz de expressar sentimentos, pois assim poderá receber a mensagem e dar feedback. **O acenar da cabeça**, o enfermeiro deverá usá-lo como um sinal de atenção ou de aceitação, encorajando o utente que continua a transmitir o que pretende. Pois, é um sinal de que o enfermeiro está a perceber a mensagem do utente, e para melhorar a comunicação com o doente mental o enfermeiro deve desenvolver e valorizar a capacidade de **escuta** como atitude essencial ao estabelecimento de uma comunicação eficaz, que estará na base de uma verdadeira relação de ajuda. O **toque** é importante principalmente nos utentes deprimidos que mostra tipicamente triste e não exprime muitas as suas emoções. Os sinais comportamentais típicos destes casos incluem suspiros, torcer as mãos, discurso arrastado, choro, ar carregado, boca para baixo perda de apetite e concentração deficiente, pode ser usado pelo enfermeiro durante o contacto verbal ou quando este se torna difícil ou impossível, visto que o toque é uma ferramenta poderosa de comunicação, transmite apoio e em certas situações poderá ser a atitude comunicativa mais eficaz. No entanto o enfermeiro deve

saber usá-lo, porque pode suscitar reacções negativas e positivas, dependendo das circunstâncias da interacção. (Ibidem)

De acordo com Sundeen e Stuart (1994), na interacção enfermeiro e o doente mental o profissional de saúde também poderá usar as técnicas de comunicação verbal como ajuda terapêutica, das quais salientamos: a técnica do **devolver** que implica que o enfermeiro transmita ao utente o que entendeu da mensagem, traduzido em linguagem verbal. Por vezes para tentar compreender a mensagem global ou o verdadeiro sentido, o enfermeiro tem necessidade de pedir mais pistas ao utente, demonstrando que quer perceber a sua mensagem precisando de mais dados, ao que se chama técnica de **clarificar**. Por fim, após ter interpretado a mensagem, deve **reformulá-la** (técnica de reformular), ou seja, deve repetir para o utente o que é que acha que este lhe quis dizer.(Ibidem)

Ainda o mesmo autor afirma que o enfermeiro também deve promover momentos de boa disposição e descontração com conversas informais, contribuindo para o fortalecimento da relação, e promover uma comunicação eficaz. **O humor** é um tipo de comunicação verbal, que o enfermeiro deve utilizar para facilitar a relação com doente mental que cuida, devem usar as piadas, brincadeiras, mímicas e outros comportamentos humorosos no contexto do trabalho, é uma forma para desdramatizar as situações mais embaraçosas para os profissionais, e principalmente para os utentes deprimidos.” O humor: quebra o gelo e as barreiras sociais; reduz o medo; aumenta a segurança; torna o ambiente familiar; encoraja um sentimento de verdade e de confiança; inicia um sentimento de camaradagem e amizade que perdura no tempo, servindo para diminuir a distância social; serve de caminho para a gestão construtiva de conflitos; reduz o embaraço e o desconforto de profissionais e utentes. (Ibidem)

## **5.2. A comunicação como ajuda terapêutica ao Portador de DM**

De acordo com Silva (1996:34), de entre os contextos de intervenções em saúde, o da saúde mental é o mais enigmático porque é o que mais evidencia alterações no processo de comunicação na medida em que os elementos do processo de comunicação ilustrados a cima na Figura 1 são vulneráveis.

Segundo Marcalan e Castro (2013: 5-6), “em saúde mental a comunicação tem papel de destaque no *continnum* que se estabelece desde a recolha dos dados até a relação e

avaliação dos cuidados, embora a sistematização da assistência pressupõem a recolha de dados, o planeamento, a execução e a avaliação como fases subsequentes, muitas vezes não dispomos dessa separação entre as fases.”

De acordo com Queirós (1999:299), “ o enfermeiro integra-se na sua prática do cuidar em enfermagem na relação de ajuda de um modo afectivo, quando ele desenvolve as suas capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais que contribuam para uma elevada competência neste domínio.”

Segundo Saraiva (1999: 36-40):

A comunicação é um dos aspectos mais importantes no domínio dos cuidados de Enfermagem que melhora assistência nos Serviços de Saúde Mental, estabelece uma relação de ajuda entre profissional, utente e sua família. A comunicação precisa ser eficiente, para viabilizar assistência humanizada e personalizada de modo a ajudar o utente. Portanto, o processo de interacção não se caracteriza só por uma relação de poder, mas também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia.

Para Travelber, (1982:125), “ quando se usa a empatia na comunicação como ajuda terapêutica, o indivíduo consegue ver além do comportamento externo e percebe correctamente a vivência interior da outra pessoa num dado momento.” O enfermeiro aqui percebe e compreende o significado e a relevância dos pensamentos e sentimentos do utente a ser cuidado. Porém, o enfermeiro do Serviço de SM deve ser capaz de comunicar, tentando-se traduzir palavras e comportamentos em sentimentos que é capaz de diminuir os transtornos mentais devido a hospitalização.

Ainda o autor refere que “a atitude empática possibilita o enfermeiro a compreender correctamente os sentimentos do utente e encoraja-o em explorar esses sentimentos, auxiliando na evolução e no caminho individual do utente.” A empatia é considerada uma das características mais importantes de uma relação terapêutica.

Para Lazure (1994:15):

O enfermeiro também não deve esquecer da escuta, deve desenvolver e valorizar a capacidade de escuta, é fundamental na relação de ajuda com o doente mental, pelo que é indissociável da capacidade de respeito, empatia, congruência e clarificação, o enfermeiro precisa desenvolver uma disposição pessoal, e o autoconhecimento necessário que facilitem a relação terapêutica, o que não é fácil para supera-las a suas próprias barreiras para prestar uma assistência adequada, além disso, deve estar em constante formação para adaptar-se às características dos utentes há quem tem de prestar os cuidados.

Segundo Phaneuf (2005: 20), “a compreensão da escuta é útil nas pessoas que sofre de perturbações psiquiátricas, sendo o pensamento a fonte de tudo, ele permite explicar certos comportamentos e certas reacções que de outra forma continuariam a ser um enigma.” Assim a primeira dimensão a considerar é a lógica que o discurso da pessoa

demonstra. O enfermeiro deve observar se o pensamento que exprime é coerente, se está em relação com o contexto em que é expresso, se as suas premissas estão em relação directa com as suas condições. (Ibidem)

Para Phaneuf (2005:26):

O envolvimento numa comunicação, mesmo simples e quotidiana, exige certas qualidades da parte do enfermeiro, estas exigências são ainda mais marcadas quando estas trocas se inscrevem numa relação terapêutica, levando o enfermeiro a estabelecer uma relação de confiança e de ajuda com o doente mental, ainda ter uma abordagem personalizada e respeitosa em relação ao utente, à sua família em particular e aos seus próximos em geral, e respeitando a vontade do utente, os seus valores e as suas convicções pessoais.

De acordo com Santos e Shiratori (2005:77), “a comunicação é de grande importância na ajuda ao portador de doença mental, quando é utilizada adequadamente o enfermeiro consegue uma melhor interacção com o utente.” Nesse caso ajudará o indivíduo a diminuir o seu estresse, a angústia, ansiedade, medo, tristeza e a depressão, portanto, os cuidados não devem ser centrados só na patologia, mais numa interacção que estabelece uma relação de ajuda e de confiança com os utentes.

### **5.3. A comunicação terapêutica com o familiar do doente mental**

Segundo Hanson (2005:4), a família é definida como grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue, ou adopção, constituindo um único lar, onde se interagem e comunicam uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã criando e mantendo uma cultura em comum, dependendo um do outro para dar apoio emocional, físico e económico.

De acordo com Bradley (1996:537):

O enfermeiro deve cuidar dessa família com objectivo de ajudar seus membros a manter ou a melhorar a sua saúde em qualquer situação, ele examina o desvio do foco dos cuidados de saúde do indivíduo para a família, com altas precoces e avanços tecnológicos, no sistema informal de prestação de cuidados vem assumindo um maior papel na prestação dos cuidados e apoiando os utentes, temos que ter a consciência que os membros da família afectam o utente e também, os utentes afectam as suas famílias.

Para Souza (1997:42), “ pelo impacto causado pela doença mental na família, podemos reconhecer que um diagnóstico de doença provoca desequilíbrio na unidade familiar sobretudo quando se trata de doenças mentais em que, na maioria das vezes as pessoas não sabem como lidar com a situação.”

De acordo com Alves (2001:249), as famílias não sabem como lidar com a situação devido a falta de comunicação e informação da parte do enfermeiro sobre o diagnóstico e o prognóstico do que é doença mental e como vai evoluir. A compreensão que os familiares e os próprios utentes geralmente possuem sobre a doença é muito próximo do que se espera do senso comum, assim vão desenvolver uma acentuada dependência familiar, misto de protecção e controlo, como resultado desta inadequação do utente para a vida social.

Segundo Bradley (1996:535), “os membros familiar são beneficiados das orientações e informações que são dadas sobre a doença, o tratamento, e do aconselhamento que proporciona apoio emocional e dicas praticas sobre como interagir com o portador de transtorno mental.” Por isso é importante a comunicação com os familiares dos utentes assim poderá reduzir a sobrecarga sobre a família e reduzir os sintomas e a incapacidade dos utentes.

Para Siqueira (2008:46) patenteia que “a sobrecarga que afecta os familiares dos utentes psiquiátricos constitui uma dimensão importante que deve ser reconhecida pelos Serviços de SM através de comunicação, programas de orientação, informação e apoio, visando a diminuição do estigma e o melhoramento da qualidade de vida da família.” E, nisso, acredita que havendo níveis de comunicação mais eficaz planificação holística de intervenções consegue-se atingir resultados significativamente mais satisfatórios.

De acordo com Gomes, Martins e Amendoeira (2012):

É importante que os enfermeiros valorizam a comunicação não-verbal, saber interpretar o não dito dar significado as mensagens das famílias como momentos de ajuda terapêuticas, e ajuda-los também a responder as exigências que a sociedade lhes faz enquanto responsáveis pela socialização dos membros e equilíbrio de todos. Com estes procedimentos irão diminuir a ansiedade dos familiares, e por sua vez, menos internamento serão identificados.

Para Ribeiro (1992:44), “o enfermeiro usa a comunicação para atingir os resultados mais eficazes na humanização dos cuidados. Toda a comunicação quer seja verbal ou não-verbal, implica afecto e é então que o processo de comunicação se desenvolve entre o enfermeiro, o utente e a família.” A comunicação terapêutica permite demonstrar atitudes de sensibilidade e de aceitação do outro, atitudes que permitem valorizar e investir na saúde da família que possuem no seu agregado pessoas com doença mental.

Segundo Esperidão (2001), “ o enfermeiro trabalha junto com o doente mental e com a sua família em busca de soluções mais adequadas para a sua condição actual. Para

isso, são necessárias discussões no contexto do qual o indivíduo faz parte.” Isto inclui relações familiares, e também assistências para melhor inseri-lo em seu meio, facilitando o retorno da comunicação no ambiente familiar e social, a fim de possibilitar um sentido mais significativo de existência.

## **6. Competência do Enfermeiro em Comunicação com Doente Mental**

No contexto da relação enfermeiro-utente, o enfermeiro tem que ter competência em comunicar com o doente mental, tem que desenvolver e implementar nas suas práticas de cuidar uma comunicação adequada de forma a ajudar os utentes e de prestar um serviço de saúde de qualidade. Desta forma Segundo Stefanelli (2005:65) “pensar nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, envolvem o conhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais.”

Segundo Siqueira (2008), competência vem do verbo latino '*competere*', que significa aproximar-se, encontrar-se, responder, corresponder que constitui o grupo de competências essenciais como: trabalho em equipa; pensamento sistémico; solução criativa de problemas; habilidades de comunicação; habilidade para informar; habilidade para manusear informações e tecnologia; auto-estima e autoconfiança”.

Para Phaneuf (2005:55), “o comportamento e a maneira do profissional em trabalhar, pode prejudicar ou favorecer a comunicação com a pessoa assistida, sendo que a postura, as atitudes corporais, os gestos, a distância, o contacto visual, a expressão facial, a voz, a respiração, o silêncio, a aparência geral são factores essenciais neste processo.”

Assim Chalifour (2008:18), postula que o enfermeiro precisa criar condições físicas e também intelectual e afectivas para entender o que é dito, estar atento à linguagem não-verbal; evitar focalizar-se só no que lhe interessa, ou seja, não ser selectivo na escuta e dar-se tempo para entender o que foi dito antes de falar, e ser capaz de decidir acção e ajudar o doente mental.

De acordo com o mesmo autor esses cuidados de enfermagem se desenvolvem numa preocupação constante de maior bem-estar aos doentes mentais cuidados, uma acção de protecção e de generosidade que supõem, tal como o estado de vulnerabilidade e de expectativa das pessoas cuidadas, exigindo um forte investimento de afectividade.



## 6.1. A relação entre enfermeiro e o utente de saúde mental

Segundo Stuart e Laraia, (2001:14), “ a relação enfermeiro utente é a base pela qual se estabelece a enfermagem psiquiátrica, e é nessa relação que ambos os participantes têm de reconhecer um ao outro como seres humanos singulares e importante onde irá ter uma relação em que há um aprendizado mútuo.” Assim Travelber (1982: 122) afirma que “uma relação apenas é possível quando cada individuo que faz parte da interacção vê o outro como um ser humano único e não referindo de uma relação enfermeiro e utente mas uma relação humano-humano.”

Para Potter, e perry (2006), os enfermeiros tem uma interacção abrangente na prestação dos cuidados dos utentes, são professores que facilitam a aprendizagem com conhecimento que melhora a promoção da saúde, são conselheiros que ajuda os indivíduos a lidar com seus problemas, são advogados que defendem os seus direitos, e são os líderes que influenciam a comunidade a melhorar o seu estado de saúde.

Segundo Stuart e Laraia (2001:96):

Para uma intervenção de qualidade o enfermeiro psiquiátrico deve criar e manter um ambiente terapêutico aproveitando os recursos humanos e materiais para o acolhimento dos utentes, oferecendo compressão, apoio, tratamento pessoal, actividades de reestruturação e inclusão na dinâmica global, e estabelecendo um relação de confiança entre a equipa de enfermagem e o utente, permitindo que o utente adquira outros padrões de conduta para aumentar e melhorar a sua capacidade de adaptação, como também a sua autonomia e independência.

Para Townsend (2011:127), “ o enfermeiro psiquiátrico utiliza o desenvolvimento das relações interpessoais como intervenção primária com o utente em vários ambientes de saúde mental.” É através dessa relação que os problemas são identificadas e procurada a resolução.” Assim autor categoriza quatro fases importante de uma relação terapêutico entre o enfermeiro-utente como:

**1. Fase de Pré- interacção:** O enfermeiro examina os seus próprios sentimentos, fantasias e medos, analisando seus pontos fortes e suas limitações profissionais, obter dados sobre o utente, quando possível, e Planear o primeiro encontro com o utente.

**2. Fase introdutória ou de orientação:** o enfermeiro determina o motivo pelo qual o utente procurou ajuda, estabelece a confiança, aceitação e comunicação franca, explorar os pensamentos, os sentimentos e as acções do utente identificando os problemas, definindo objectivos com o utente, bem como, estabelecer acordo mútuo para incluir nomes, funções

responsabilidades, expectativas, finalidade, local de encontro, condições para o término e confidencialidade.

**3. Fase de trabalho:** o enfermeiro investiga os estressores relevantes, promovendo o desenvolvimento da introvisão do utente e uso de mecanismos de adequação construtivos, discutir e superar os comportamentos de resistência.

**4. Fase de término:** o enfermeiro deve estabelecer a realidade da separação, rever o progresso da terapia e o alcance dos objectivos, explorando mutuamente os sentimentos de rejeição, perda, tristeza e raiva ajudá-lo transferir para suas interações com os outros o que aprendeu no relacionamento, enfermeiro – utente. Assim última, necessita de um cuidado especial para ser realizada, uma vez que, pode ser uma experiência traumática tanto para o enfermeiro, quanto para o utente, porque compartilham muitas coisas pessoais e importantes.

De acordo com o mesmo autor a relação enfermeiro- utente é complexo e abrangente e requer responsabilidade por parte do enfermeiro e parceria enfermeiro-utente, demandando por isso, de competência clínica, atitude de defesa do utente e da família, responsabilidade social e princípios ético-legal.

## **7. Educação para Saúde Mental (EpSM)**

A educação para a saúde são meios eficazes que o profissional de saúde tem de informar a comunidade acerca da saúde mental. Segundo Silva (2002: 147), “a educação para a saúde é um processo de planificação, preparação científica e técnica, de pôr em prática, controlar e avaliar diversos meios de comunicação baseados nos conhecimentos biomédicos, económicos, sociológicos e psicológicos.” Bem como em resultado de uma investigação, com vista a restaurar, manter ou melhorar a saúde dos indivíduos, de grupos ou da sociedade na sua globalidade.

De acordo com Carvalho e Carvalho (2006:17):

A educação e a saúde exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interacção com o meio envolvente, como tal, a Educação para Saúde (EpS) deve ser um processo holístico, porque pretendem exaltar a saúde da pessoa, grupos ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam a pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte.

Ainda os mesmos autores referem que “quando se educa as pessoas para a saúde é criar condições para transformar-se, e ficar a saber o porquê das coisas, mostrando-lhes que podem apreender e sensibiliza-lhas para a importância dos conhecimentos ligados com a saúde.” Por outro lado, para haver essa aprendizagem tem que haver comunicação e vice-versa, ou seja, a comunicação assenta na aprendizagem sistémica de vários códigos entre os sistemas, isto acontece com base na comunicação entre os sistemas e no trabalhar dessa informação pelo sistema em causa.

De acordo com Taylor (1992:45):

A comunicação é um instrumento importante para educação para saúde, é através dela que as pessoas irão compreender e serem compreendida pelos outros. Essa comunicação deve ser realizada com excelência de forma a transmitir informações adequadas que ajudará no tratamento e inclusão social de modo que a função do enfermeiro esteja focada na Promoção da saúde, na EpSM, na Prevenção de Doença Mental (PrDM) e na capacidade de assistir o utente, a família e a comunidade, ajudando-os a encontrar melhores condições para viver.

## **8. Princípios Éticos e Legais na Enfermagem em Saúde Mental**

De acordo com Timby (2001:54), a palavra ética deriva do grego – *ethos*, que significa costumes ou modos de conduta que permitem distinguir entre o bem e o mal, por outras palavras, designa princípios morais por que um indivíduo rege a sua conduta pessoal ou profissional. A ética é o reflexo teórico sobre a esfera da conduta humana a que chamamos moral, e definida como ciência ou teoria incidindo sobre o estudo da moral.

Para Townsend (2011: 77), “os enfermeiros estão permanentemente a tomar decisões sobre o quê, quando, onde, porquê e como transmitir mensagem aos outros, encaram desafios de tomada de decisões difíceis em relação ao bem e mal, a vida e a morte, durante o cuidado aos indivíduos com doença mental.” Neste sentido, o mesmo autor revela que “a competência em enfermagem e a responsabilidade pelos cuidados dos utentes. E isto, ficam comprometidas, quando o enfermeiro possui um conhecimento desapropriado sobre as leis que regulam a prática de enfermagem.”

Neste sentido, o mesmo autor salienta os princípios éticos fundamentais que influenciam a tomada de decisão, tais como:

**Princípio de Autonomia** – o profissional mostra que tem o respeito para as pessoas enquanto agentes racionais. Este ponto de vista enfatiza a posição das pessoas como agentes morais autónomos, cujo direito de determinar o seu próprio destino deve ser sempre respeitado, sendo capazes de fazer escolhas independentes para si mesmo. No caso

das pessoas com doença mental grave, não são capazes de tomar decisões informados pelo que, nestas situações pede o representante do indivíduo que intervirá e dê o consentimento.

**Princípio de Beneficência**, - o indivíduo é beneficiado ou promove o bem dos outros, aqui os profissionais de saúde agem tendo em vista o interesse dos utentes, De fato, alguns deveres parecem ser preferidos em detrimento de outros. Por exemplo, o dever de respeitar a autonomia de um indivíduo pode ser sobreposto quando esse indivíduo for considerado uma ameaça para si próprio e para os outros.

De acordo com o autor “a dificuldade que por vezes surge ao implementar o princípio da beneficência reside na determinação do que é bom para outro e quem pode tomar melhor essa decisão.”

**Princípio da Não-maleficência** - é um requerimento de que os cuidadores de saúde não causem danos aos seus utentes, intencionalmente ou não, alguns filósofos considerem este princípio mais importante que a beneficência; isto é, sustentam a noção de que é mais importante evitar de causar um dano do que fazer bem. Em qualquer evento, surgem frequentemente dilemas éticas quando existe um conflito entre os direitos de um indivíduo (o dever de promover o bem) e o que se pensa representar melhor o bem-estar do indivíduo (o dever de não causar danos).

**Princípio da Justiça** - é referenciado como o princípio da “ justiça como rectidão.” É por vezes designado justiça distributiva, e o seu princípio básico reside no direito dos indivíduos de serem tratados de modo igual independentemente da raça, género, estado civil, diagnóstico médico, estatuto social, nível económico ou crença religiosa. O conceito de justiça é o dever de tratar os indivíduos de modo igual e justo, os recursos devem ser distribuídos de modo equitativo, independentemente do estatuto socioeconómico.

**Princípio da veracidade** – refere-se ao dever que o indivíduo tem de falar sempre a verdade. Este princípio precisa que o prestador de cuidados de saúde diga a verdade e que não burle ou incite em erro os utentes. Existem alturas que devem ser aplicadas limitações a este princípio, quando a verdade produz dano ou interferem com o processo de recuperação. Ser honesto nem sempre é fácil mas raramente é justificável mentir, os utentes têm o direito de saber sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.

## **9. Direitos dos Portadores de Doença Mental**

De acordo com Lima (2005:7-8), a doença mental constitui um dos campos mais inexplorados da condição humana e também a mais difícil e inacessível á nossa compreensão. Está confirmado que os diagnósticos de doentes que sofrem de perturbações psiquiátricas são os toxicodependentes, sendo os mais frequentes os de personalidade de carácter anti-social e “borderline” a depressão e a ansiedade. Contudo, estes doentes mentais pela situação de vulnerabilidade em que se encontram são vítima da insuficiente garantia dos seus direitos.

Ainda em relação a Cabo Verde, o mesmo autor refere que os doentes mentais têm vindo a ser alvos de abusos dos concidadãos e abandono dos poderes públicos, da sociedade civil e dos próprios familiares, contudo, efectivamente a sociedade cabo-verdiana tem vindo a despertar para a necessidade de cuidar dos seus doentes com atenção e carinho.

Segundo Lima (2005: 8), para o respeito dos doentes mentais a Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania propõem objectivos prioritários para ajudá-los como:

1. Reforçar a capacidade nacional de diagnóstico das doenças mentais e tratamento das pessoas portadoras de doença mental;
2. Promover ampla sensibilização de toda a sociedade para a problemática da saúde mental e das doenças mentais, desenvolvendo campanhas no sentido do respeito e da não estigmatização dos doentes;
3. Modernizar a legislação nacional sobre a saúde mental, nela incluída a recepção na ordem jurídica interna de pertinentes recomendações constantes de resoluções da Assembleia-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), sobre os direitos dos doentes mentais;
4. Agravar a pena de crimes quando a vítima é pessoa portadora de doença mental.

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA**

## **1. Procedimentos metodológicos**

Este trabalho é o resultado de uma intensa pesquisa bibliográfica de publicações sobre comunicação terapêutica. Por essa razão, adoptou-se uma metodologia que busca descrever os conceitos já publicados de forma a ajudar-nos a compreender a pergunta de partida. Utilizamos também a recolha de dados através de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas. Isto permitiu-nos realizar um estudo prático no qual pretende-mos dar respostas a pergunta de investigação e alcançar os objectivos propostos.

Segundo Fortin (1999:147), a fase metodológica consiste em esclarecer os meios e as actividades para realizar a investigação, isto é, visa estratégias que permitem verificar as hipóteses ou responder às questões de investigação formuladas na fase precedente.

### **1.1. Tipo de estudo**

Assim, esta investigação abarca um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa.

Segundo Fortin (1999:164), “o desenho descritivo é apropriado quando o objectivo pretendido é descrever um fenómeno ainda mal conhecido, no caso particular do nosso estudo, descrever o processo de comunicação enfermeiro-utentes portadores de doença mental.” Assim, o estudo foi descritivo porque pretendia estudar, compreender e explicar a situação actual.

Para Gil (1999:105), “o tipo de pesquisa exploratória é desenvolvida com o intuito de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo sobre um dado fato, especialmente utilizado quando o tema escolhido é pouco explorado, o que dificulta a formulação e a operacionalização de hipóteses.” É de natureza qualitativa uma vez que visa explorar o fenómeno comunicacional enfermeiro-utente no Serviço de Saúde Mental.

Leininger (1985: 6-7), postula que a abordagem qualitativa é comumente a forma inicial de explicar fatos desconhecidos ou pouco conhecidos de certos comportamentos, ocorrências ou locais de vida das pessoas, razão pela qual considera este método como a forma principal de dar a conhecer as essências, sentimentos e significados, permitindo-nos estudar conceitos relativos a sentimentos, emoções (como dor, sofrimento, beleza, esperança, amor, etc.) através da forma como são vivenciados pelas pessoas.

De acordo com Parse (1996:32), o método qualitativo permite descobrir, explorar, descrever fenómenos, e compreender a sua essência. Mais precisamente, visa considerar os diferentes aspectos do fenómeno segundo o ponto de vista dos participantes, de forma a poder, de seguida, interpretar este mesmo fenómeno no seu meio.

## **2. Metodologia de recolha de dados**

O método utilizado para recolha de dados foi a entrevista. Esta, de tipo semiestruturado. Foritn (1999:147), “postula que a entrevista é uma forma de comunicação verbal que se estabelece entre um entrevistador, que recolhe os dados, e um respondente/entrevistado, que fornece os dados”. A autora concebe a entrevista como sendo um método de recolha de dados imprescindível nas investigações qualitativas, realçando a sua utilização nos estudos exploratórios.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), utilizamos a entrevista quando almejamos descobrir algo que não pode ser observável como é o caso dos sentimentos, dos pensamentos, das intenções e das crenças. Ainda de acordo com os autores afirma que “ a entrevista semiestruturada oferece possibilidade de conseguir informações complementares mais precisas e explicativas e, ainda, dá possibilidade de se poder avaliar atitudes e reacções dos entrevistados, disponibilizando, assim, uma informação mais holística.” Eis o motivo por têmo-la escolhida como método de recolha de dados neste estudo.

Neste sentido, elaborou-se um guião de entrevista constituído por um breve questionário de dados sociodemográficos, que permitiram descrever as características da amostra, e, por seis questões formulada à luz da literatura consultada, relativamente ao tema em estudo e, com base nos objectivos delineados. (Cf. Apêndice I)

O Guião visou orientar a entrevista, no entanto, as questões não seguiram uma ordem rigorosa na medida em que foram colocadas numa ordem que seguisse a linha de resposta dada pelo participante.

Procurou-se, com este guião, obter dados que permitissem responder à nossa questão de investigação de forma analítica, descritiva e crítica.



### **3. Caracterização do Campo Empírico**

Os dados foram recolhidos no Serviço de Saúde Mental (SSM) do Hospital Dr. Baptista de Sousa (H.B.S) em São Vicente (SV), durante os meses de Maio e Junho do ano corrente.

O Serviço de SM do H.B.S funciona desde 1980. No seu primórdio, os recursos humanos eram escassos, contando apenas com um enfermeiro e um psicólogo. O enfermeiro era responsável por fazer a triagem de utentes que recorriam ao serviço pela primeira vez e, posteriormente, os casos eram discutidos com o psicólogo que, por sua vez, fazia o diagnóstico. Na grande maioria das vezes, o diagnóstico consistia em casos de epilepsia, neuroses e psicoses. Posto isso, o psicólogo prestava o apoio psicológico necessário. Este registo manteve-se até 1987, altura em que o serviço pôde contar com a colaboração de uma psiquiatria residente da Cooperação Espanhola.

É de ressaltar que antes dos anos 80 vinha periodicamente um psiquiatra da cidade da Praia para fazer consultas de psiquiatria. Em 1995 abriu-se a Enfermaria de Saúde Mental em SV, designada Enfermaria de Crise. Esta unidade nessa época possuía quatro camas sendo dois destinadas aos portadores de doença mental do sexo masculino e as outras duas destinadas aos do sexo feminino.

Nessa altura o internamento era de curta duração era apenas o tempo necessário para o utente compensar-se e, uma vez compensado retornaria à família que, por sua vez, encarregava de dar continuidade do tratamento em casa. O serviço foi inaugurado em 1996 e pertencia à rede de atenção em Saúde Mental.

Em termos de recursos humanos, actualmente trabalham cinco enfermeiros sendo quadro em regime de turno, e um sendo chefe, está presente durante a semana em regime normal. O serviço de saúde mental funciona com uma equipa de dois psiquiatras, três psicólogas clínicas, cinco enfermeiros e quatro ajudantes de serviço geral.

O serviço encontra-se situado na parte mais antiga da instituição, ficando situado no fundo do quintal da instituição, afastado dos outros serviços disponíveis no Hospital. A nível espacial, o serviço estrutura-se em duas partes, uma onde decorre as consultas externas, constituída por uma sala de espera para os utentes, dois gabinetes para as consultas de Psicologia, dois gabinetes para as consultas de Psiquiatria, uma sala que funciona como a secretaria do serviço e uma casa de banho.

A outra parte da unidade de internamento que acolhe os portadores de doença mental possui nove camas distribuídas por dois quartos, um quarto destinado aos utentes do sexo masculino e outro ao dos do sexo feminino. A distância entre os leitos é bastante reduzida e, pelo fato de não haver qualquer tipo de separador entre os mesmos, a privacidade dos utentes encontra-se limitada.

#### 4. Participantes/ Amostra

Segundo Fortin, (2006:312), a amostra pode ser entendida como a fracção de um população sobre a qual se faz o estudo, um subconjunto dos elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. A utilização da amostra traz certas vantagens no plano prático, mas é preciso que amostra represente fielmente a população em estudo.

Para a selecção dos participantes obedeceu-se os seguintes critérios de inclusão: (1) ser enfermeiro; (2) trabalhar actualmente no Serviço de Saúde Mental do H.B.S; (3) participação voluntária.

A amostra é constituída por 4 enfermeiros (os enfermeiros do Serviço de Saúde Mental do H.B.S), todos do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 37 e os 55 anos. Dos participantes, apenas dois possuem graduação em enfermagem e os outros dois possuem licenciatura em enfermagem, sendo que um deles exerce a função de chefia da equipe de enfermeiros. O tempo de experiência em saúde mental varia de 5 a 30 anos e todos tiveram anteriormente experiência ao nível da enfermagem em outras unidades da saúde.

Quadro 1. *Caracterização da amostra.*

ID	Sexo	Idade	Habilitações Académicas	Tempo de Actividade profissional	Tempo de experiência em Saúde Mental
Arroz	Masculino	55	Formação superior	34 Anos	30 Anos
Feijão	Masculino	45	Formação superior	17 Anos	5 Anos
Massa	Masculino	39	Formação Média	18 Anos	14 Anos
Galinha	Masculino	37	Formação Média	18 Anos	14 Anos

Nota. Com o intuito de salvaguardar o anonimato, a identidade dos participantes do estudo foi atribuída nome de pratos.

Ruquoy (1997: 103), “ pondera que nos estudos qualitativos, o critério que determina o tamanho da amostra nos estudos qualitativos é a sua adequação aos objectivos da investigação. Assim, os indivíduos não são escolhidos em função da importância numérica que representam, mas antes ao seu carácter exemplar.”

Polit., Beck., e Hungler. (2004: 27), defende que a importância da amostra centra-se fundamentalmente na riqueza dos dados que revelam experiências individuais ou específicas de cada sujeito. O investigador pode determinar um número mínimo de participantes uma vez que a representatividade da amostra apenas diz respeito aos dados e não ao número de indivíduos.

## **5. Aspectos Éticos do Procedimento**

Após a autorização para recolha de dados dada pelo Superintendente de Enfermagem do H.B.S e do Enfermeiro chefe do SSM (cf. Apêndice II), foi efectuado o contacto inicial com os enfermeiros no SSM, momento em que lhes foi explicado o objectivo geral da investigação e se solicitou a sua colaboração para a participação num estudo sobre a comunicação terapêutica aos portadores de doença mental. Foi-lhes igualmente mostrado a necessidade de gravar a entrevista em áudio, garantido os aspectos éticos da investigação através de um formulário de consentimento informado onde lhes foi explicado a finalidade da investigação, as modalidades de participação, garantido o anonimato e a confidencialidade das informações, a liberdade de participação e a possibilidade de abandono da entrevista. (Cf. Apêndice III)

Obtido o consentimento por parte dos participantes, agendamos o dia, a hora e o local para então proceder a recolha das informações. Para isso, foi elaborado um guião de entrevista que facilitou o desenrolar da entrevista. As informações foram recolhidas durante o mês de Junho, utilizando-se de registo áudio, tal como tinham sido informados, e, cada entrevista teve uma duração média de 15 minutos.

Os dados recolhidos junto aos participantes foram, posteriormente, transcritos e organizados de forma que permitiram uma leitura exaustiva.

Para análise dos dados, recorreremos à análise de conteúdo.

## **CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA**

## **1. Apresentação e Interpretação de Resultados**

Na análise dos dados levamos sempre em consideração a componente teórica do estudo e os objectivos do estudo. Para análise de conteúdo e interpretação dos resultados organizamos as informações fornecidas por categorias:

### **1. 1. Categoria 1- Importância da comunicação terapêutica**

#### **1.1.1. Estabelecimento da relação enfermeiro-utente**

Após vária leitura tornou-se evidente que os enfermeiros consideram a comunicação terapêutica um instrumento importante na prática de enfermagem, nomeadamente, no estabelecimento da relação enfermeiro-utente como pode assegurar nos seguintes extractos: “ (...) *É através dela que vamos conhecer o utente e estabelecer uma relação de empatia (...)* ” (Arroz e Galinha) ou “ (...) *É através dela que vamos criar um laço afectivo com o utente (...)* (Feijão e Massa) ”.

Como cuidados específicos, os sujeitos citaram a empatia importante na comunicação, que deve ser estabelecida com o doente mental. Expressaram que a empatia é elemento que subsidia o profissional de enfermagem a criar espaços para interacção a fim de conquistar sua confiança e aceitar a realidade de outra pessoa.

Segundo Towsend (2002: 141), “a empatia requer sensibilidade e imaginação, não é possível mostrar empatia perante todas as situações mas ela é um importante objectivo a atingir, é a chave para revelar preocupação e transmitir apoio emocional, permitem um melhor entendimento.” Ainda o autor quando afirma que “ (...) a empatia proporciona uma consciência do eu e de outrem, aumenta a sensibilidade, fomenta o respeito comum, objectivos mútuos, e a consciência social; e desenvolve a compreensão dos indivíduos num contexto histórico e social.”

Achamos pertinente para o estudo conhecer a importância da comunicação terapêutica, sendo um elemento importante no dia-a-dia do enfermeiro para a prática de enfermagem com excelência.

Segundo Bolander, (1998:45), “comunicação terapêutica é troca de gestos, palavras e sentimentos, é momento para partilhar e conhecer um ao outro, criando um laço afectivo, o enfermeiro deve comunicar com o utente e explicar sobre os procedimentos e

prepará-lo para aceitar e colaborar no tratamento.” É através dessa comunicação estabelecida com os utentes que podemos compreendê-los no seu todo e assim poder identificar as suas fontes de stress e ajudá-los na realização das suas necessidades.

### **1.1.2. Recuperação do utente**

Da mesma forma, parecem estar cientes do valor da comunicação terapêutica na melhoria do estado de saúde dos utentes: *“Assim pode dar abertura para que o utente expresse seus sentimentos e não ignorá-lo porque pode prejudicar na sua recuperação”* (Feijão).

*“A importância da comunicação terapêutica na recuperação do utente é que comunicar com o doente mental é dar oportunidade de satisfazer as suas necessidades é criar auto-estima para que ele sinta empenhado para o seu tratamento.”* (Galinha).

Para Silva (2000), é através da comunicação que as pessoas podem expressar, relacionar-se e satisfazer as suas necessidades. Pois permite ao profissional estabelecer uma relação interpessoal com o utente, ajudando-o na sua recuperação, ao criar condições para que o profissional de enfermagem possa efectivar mudanças, no intento de promover o bem-estar do utente.

## **1.2. Categoria 2- Desafios à comunicação terapêutica**

No entanto, emergiram alguns factores que influenciam a comunicação dificultando que esta seja efectivamente terapêutica como é o caso do espaço atendimento dos utentes. A falta de um espaço adequado é um aspecto mencionado por todos os participantes como podemos asseverar no excerto: *“ (...) não fizeram um lugar apropriado que nos ajudassem a fazer uma abordagem com o utente (...) ”* (Arroz, Galinha, Feijão e Massa).

Os sujeitos mencionaram dificuldades em se comunicar de forma adequada com os utentes devido a falta de um espaço no serviço, gerado por uma má construção na infraestrutura que não dá possibilidade de fazer uma abordagem de qualidade aos doentes mentais.

Travelbee (1982:72) afirma que:

É importante a questão do ambiente adequado onde ocorrerá a comunicação porque este influenciará muito na interação com o utente, dessa forma, um lugar adequado e de tranquilidade são factores que facilitam a relação entre o profissional de saúde e o utente, é esperado pelo utente e seus familiares e não um lugar meramente de ajuda.

Segundo Phaneuf (2005:23), “existem vários factores que podem influenciar a comunicação de maneira positiva ou negativa. Podem tornar-se verdadeiros obstáculos que prejudicam as trocas entre o enfermeiro e o utente, e também por vezes fazer obstrução aos cuidados”. Ainda o mesmo autor a falta de gestão tempo e estresse, está na maioria das vezes relacionada para uma má comunicação no tratamento dos utentes, muitas vezes, impede que o enfermeiro chegue perto do utente para validar as mensagens verbais e não-verbais que ele emite.

Relativamente a questão averiguamos que são pouco o tempo dedicado a esse fim, para comunicar é preciso estar presente e os enfermeiros manifestaram alguma dificuldade na gestão do tempo para as intervenções terapêuticas mas directamente aos utentes.

### **1.3. Categoria 3- Comunicação não-verbal**

Não obstante, as informações prestadas revelam que, por um lado há uma atitude favorável por parte dos enfermeiros na medida em que observam e relevam as mensagens não-verbais “*Sim, (...) quando prestamos atenção às mensagens não-verbais do utente percebemos que há algo que nos quer dizer*” (Arroz, Feijão e Massa) ou “*É muito importante estar atento às mensagens não-verbais do utente, nessa comunicação pode estar a querer exprimir algo importante, principalmente nos utentes depressivos que não falam, temos que ficar sempre atento às mensagens, aos gestos, aos movimentos porque está a comunicar querendo nos dizer alguma coisa*” (Galinha).

Segundo Santos e Shiratori (2005), a necessidade de compreender a expressão não-verbal emitida pelo utente, reforça a aproximação da equipa de enfermagem, e ao realizar essa aproximação o enfermeiro faz um estudo das reais necessidades do utente e facilita desta maneira a elaboração de um plano terapêutico, contribuindo para a realização de um cuidado abrangente e sistematizado.

Como refere Collière (1989:287), Todos estes sinais nos comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família nos fala de si

própria. A comunicação não-verbal objectiva a capacidade de descobrir a multiplicidade de pequenos sinais que uma pessoa transmite pelo olhar, pela aparência, o penteado, o traje, a postura, bem como os sinais do seu meio social, do espaço em que se situa.

#### **1.4. Categoria 4-Comunicação com utente com nível de consciência alterada**

Os discursos apontam que o enfermeiro tenta envolver a família aquando de situações com utentes com o nível de consciência alterado. *“Sim, é através da sua família” (Arroz e Massa).*

De acordo com Rosa (2003:43), “ com o apoio da família os utentes podem se sentir protegidos e acolhidos, essa presença ajuda a equipa de enfermagem na prestação dos cuidados, uma vez que aquela que acompanha o portador de doença mental, conhece as particularidades apresentadas por eles.” Nesse caso a equipe de enfermagem devem estar preparada para receber e acolher o utente e a sua família, mostrando-se disposto a ajudar e entender a situação que essa família está enfrentando, proporcionando apoio e atenção.

Para Souza (1997), “quando se cuida do doente mental devem envolver a família, por um lado, porque existem doenças mentais em que a consciência, o pensamento e a linguagem estão alterados e, por conseguinte, o utente não está em condições de perceber os profissionais de saúde.” E, neste sentido, que a família figura como suporte basilar para receber as informações e apoiar o seu familiar-utente no processo de recuperação.

Segundo Wright e Leahey (2002, p. 13):

A enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar a comunicação na família como parte integrante na prática de Enfermagem.

Segundo Robinson (1998:22), “os enfermeiros devem colaborar com a família dando informação, ânimo, e estratégias que possibilita a melhoria do utente, quando constrói a confiança é importante para os cuidados eficazes de enfermagem, pois, ajudará a família a fazer alterações no seu estilo de vida”.

Para Acosta, (1998:331), “a família é importante para a protecção dos factores de risco dos seus membros doente, entretanto, deve investigar mais para identificar outras variáveis da família que possam influenciar os factores de risco para doenças mentais comuns.” Portanto, a função da família é contribuir para a saúde dos seus membros



individuais através do apoio ao seu desenvolvimento biofísico e psicossocial, e é dentro da unidade familiar que os seus membros desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde (Stanhope & Lancaster, 1999: 503).

### **1.5. Categoria 5 – Comunicação com utentes com comportamento agressivo**

Os discursos mostram que não raras vezes, na prática de enfermagem psiquiátrica, lidam com utentes com comportamento agressivo, como podemos asseverar no excerto *“Sim, primeiro temos que fazer uma abordagem maneira que vamos comunicar com o utente, podemos encontrar utentes com agressividade (...) (Galinha e Feijão).*

Acerca disso, Townsend (2011: 239) afirma que:

Os indivíduos que apresentam o comportamento agressivo defendem os seus direitos básicos pessoais violando os direitos básicos dos outros, os sentimentos são expressos de modo desonesto e improprio, eles dizem o que pensam muitas vezes a custa dos outros, o comportamento agressivo resulta num rebaixamento do receptor.

Diante da apresentação de episódios de agressividade do doente mental, existem três medidas de intervenção para garantir a segurança do utente e da equipe que o atende: (1) contenção verbal; (2) contenção química e (3) contenção física no leito, sendo que a contenção verbal deve ser sempre a primeira estratégia a ser utilizada. O profissional deve oferecer segurança, ajuda e compreensão ao utente. Para isso, é preciso mostrar-se calmo, com adequada entoação de voz, porém com firmeza e segurança, tentando distrair a atenção do utente do foco da agitação. Portanto, o enfermeiro deve lançar mão da competência em comunicação humana e terapêutica, uma vez que ela é a essência dessa abordagem e ainda possuir o mínimo de conhecimento sobre os sinais e sintomas das psicopatologias. (Sadock & Sadock, 2007).

De acordo com os mesmos autores, recorre-se a utilização de contenção química, geralmente psicofármacos prescritos pelo médico psiquiatra, quando a causa da agitação ou agressividade for orgânica e deve ser a estratégia de primeira escolha, seguida da contenção verbal.

Contudo, quando a agressividade ou a agitação do utente oferecer risco à integridade física de si ou de terceiros, deve-se utilizar a contenção física no leito como medida de primeira escolha, em seguida, a contenção química. Esses podem ser contidos por um curto espaço de tempo para receber medicações ou períodos mais longos quando

não houver possibilidade de uso de medicamento ou pela falta de eficácia do efeito farmacológico desejado, que é o de diminuição da agitação motora (Ibidem).

## **1.6. Categoria 6- Técnicas de comunicação terapêutica mais utilizadas**

### **1.6.1. Escuta activa**

Há consciência da necessidade de uma escuta embora esta nem sempre parece ser possível *“Sim, porque escutar o utente é importante, mas nem sempre isso é possível (...)”* (Arroz e Massa), ou *“Sim, escutar o utente é uma técnica importante no cuidado de enfermagem é uma responsabilidade que tem de ser desenvolvida pelo profissional para um melhor atendimento, dispensar o tempo para escutar é um obrigação de cada profissional de saúde, assim pode dar abertura para que o utente expresse seus sentimentos e não ignorá-lo porque pode prejudicar na sua recuperação”* (Feijão e Galinha).

De acordo com Townsend (2000:139), “a escuta é uma das habilidades interpessoais a serem aprendidas pelos profissionais de saúde, a comunicação consigo mesmo é o caminho mais apropriado que a pessoa possui para se reajustar.”

Ainda o mesmo autor quando se escuta atentamente o utente é prestar atenção no que diz verbalmente, é criar um clima no qual o utente pode comunicar, o enfermeiro comunica com o utente aceitando, respeitando e melhorando a confiança, onde se estabelece uma relação que promove a abertura e expressão honesta.

## 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objectivo conhecer a importância da comunicação como ajuda terapêutica aos portadores de doença mental. Para tal, enunciamos a seguinte **Pergunta de partida**: Qual é a importância da comunicação terapêutica nos cuidados de enfermagem aos portadores de doença mental? E os seguintes **objectivos**: **geral** - Realçar a importância da comunicação como ajuda terapêutica aos portadores de doença mental. E, **específicos** – (1) Compreender a comunicação no contexto de enfermagem de Saúde Mental no H.B.S; (2) verificar a forma como o enfermeiro comunica com os portadores de doença mental; (3) Conhecer os factores que podem influenciar a comunicação; e (4) Identificar as técnicas de comunicação terapêutica nos cuidados de enfermagem em saúde mental.

Relativamente ao primeiro objectivo, os discursos mostram que a comunicação no contexto de enfermagem de saúde mental é percebida como um instrumento de trabalho importante na sua prática diária e, aparece, sobretudo, como um elemento facilitador do estabelecimento da relação empática enfermeiro-utente.

Relativamente ao segundo objectivo específico, na generalidade, os discursos revelam que a comunicação efectuada pelos enfermeiros no Serviço de Saúde Mental desvia-se do processo comunicacional julgada ideal ou satisfatória. Estes dados vão de encontro às observações realizadas durante e após o Ensino Clínico realizado nesse Serviço. Acreditamos que este desvio deve-se à ausência de formações de especialização ou complementares no âmbito da saúde mental pelo que se mostra necessário conhecer muito mais sobre as necessidades dos utentes psiquiátricos.

Relativamente ao terceiro objectivo, os dados apontam que os principais factores que condicionam o processo comunicacional prende-se com a inadequação do espaço para abordar os utentes. A gravidade da patologia nomeadamente quando se trata de utentes com o nível de consciência alterado ou quando apresentam comportamentos agressivos.

No que concerne ao quarto e último objectivo, os discursos apontam que a forma como encaram a comunicação não-verbal, como um auxílio da comunicação verbal que permite inclusive avaliar a fidedignidade das mensagens verbais, a escuta activa, ainda que nem sempre seja possível utilizá-la, são estratégias que contribuem para o confluir de uma comunicação terapêutica. Porém, é de salientar que quando sondados sobre as técnicas de comunicação terapêutica propriamente dita, parecem não saber identificá-las. O que nos

leva, uma vez mais, a ponderar a necessidade de encontros de formação, seminários, ou mesmo reuniões de equipa onde pudessem rever temas que fazem sentido estarem sempre presentes para a prestação de cuidados humanizados.

Não obstante os resultados encontrados, acreditamos que existe ainda um longo caminho a percorrer para que a comunicação neste serviço seja realmente julgada terapêutica. Nisso pensamos que o caminho poderá ser percorrido mediante um trabalho em equipa em prol dos cuidados humanizados e bem-estar dos utentes. Para isso, a equipa deve esforçar-se estar verdadeiramente interessada nos utentes.

É de salientar as limitações encontradas ao longo deste estudo, particularmente, ao nível da escassez de bibliografia disponível para a revisão da literatura. Outra limitação tem a ver com a reduzida experiência ao nível da investigação científica e, neste sentido, também o tempo surge como outro factor limitativo. Devido às exigências do estágio, e a pouca experiência em matéria de investigação, a totalidade de tempo a ela dedicada mostrou-se insuficiente.

Para futuros estudos, sugerimos que o processo comunicacional e o grau de satisfação com a comunicação enfermeiro-utente seja conhecido sob o ponto de vista dos portadores de doença mental, caso não apresentem alterações do nível de consciência, ou, dos familiares dos utentes portadores de doença mental, em caso destes últimos não estarem mentalmente capazes de darem o seu consentimento devido ao nível de consciência alterado.

Em modo de conclusão, podemos dizer que este trabalho alcançou os objectivos delineados, reforçando o campo de pesquisa sobre a temática “A Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos Portadores de Doença Mental”. Para a prática parece-nos ser um recurso que permite melhorar o processo comunicacional junto aos portadores de doença mental.

Para que possam vir a ter melhoria nos cuidados de enfermagem nos serviços de saúde mental, sugere-se algumas propostas que seria útil para os cuidados prestados como: criar meios necessários para que os utentes internados pudessem ter, privacidade visto que os leitos são próximos impedindo a privacidade; investir na formação dos enfermeiros, especializando-se em psiquiatria ou numa formação de curta duração em saúde mental, e criação de um espaço adequado que possam ter uma abordagem com o utente sem interferência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, F. (2001). *Ação social na área de saúde mental*. Universidade Aberta.
- AMARANTE, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fio cruz. Bertani, F.I; Rezende, M.R. Conversas interessantes sobre saúde: Programa de Extensão QUAVISS. Franca: UNESP-FHDSS.
- BASTEIRO, S. G. C., e MARIN, R. (2003). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
- BASTO, M. L. (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança: Um Caso de Intervenção num Grupo de Enfermeiras*. Rei dos Livros.
- BERNARDES, A.G., e GUARESCHI NMF. *Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjectivação*. Psicologia USP 2004; 15(3): 81-101.
- BOLANDER, V.R (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiologia*. Lisboa: Lusodidacta. Editores, 3ª Edição.
- BRADLEY, B. (1998). *O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. A pessoa como centra*, 2:37-49.
- BRITO, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- CARVALHO, A., A e CARVALHO, G. S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, Praticas e necessidade de formação*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- CASTRO, R.C.B.R., e SILVA, M.J.P.A. (2001) - *A comunicação não-metal nas interacções enfermeiro-usuario em atendimentos de saúde mental*. Revista Latina-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, V.9,n.1.
- CHALIFOUR, J. (2008) – *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanística da relação de ajuda*. Vol. 1e 2.
- CIANCIARULLO, T.I. (2003). *Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência*. 1a ed. São Paulo (SP0: Atheneu;)
- COLLÉRE, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa. Sindicatos dos enfermeiros portugueses.
- DALLARI, D.A. (1998). *Direitos Humanos e Cidadania*. Editora Moderna.
- DONNELLY, F. (2000). *Princípios de Gestão Empresarial*. 10ª edição. Lisboa. Editora Mcgraw-Hill.

ELKIN; PERRY; e POTTER. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição, Lusociência.

ESPINOSA, A. (2000). *Psiquiatria ED*. Mc Graw-Hill: Rio de Janeiro.

ESPIRIDIÃO, E. *Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica*. Ver *Eletr Enferm [periódico na internet]*. 2001[acesso em 2005 Abr 22]; 3(1): Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista3\\_1/samental.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/samental.html).

FORTIN, M, F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1ª Edição.

FORTIN, M, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta- Soc. Port. De Material didáctico.

FORTIN, M.F. (1999). *O Processo de Investigação*. Lisboa. Lusociência.

FORTIN, M.F. (2003). *O processo de Investigação- da concepção á realização*. Loures, Lusociência- Edições Técnicas e científicas.

FRIAS,C.F.C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte. Um designo do enfermeiro em formação*. Lusociencia-Edicoes Técnicas e Científicas, Lda.

GEORGE, J.B. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

GIL, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.

GONÇALVES, R.G. (2008). *Saúde Mental e Cidadania*. Ed. 2, São Paulo: Mandacaru,1996.

HANSON, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde á família: Teoria, prática e investigação* 2ª edição, Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., e GREBB, J.A. (2007). *Compêndio de psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.

KAPLAN, H.I., e SADOCK B.J. (1986). *Compêndio de psiquiatria*. Dinâmica 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.

KOLTER, P., e KELHER, K. (2006). *Administração de Marketing. A bíblia do Marketing*. Prentice Hall. Brasil. 12ª Edição.

LAZURE, H. (1994), *Viver a relação de ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.

LEININGER, M. (1985). Nature, rational and importance of qualitative research methods in nursing. In *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune and Stratton..

LIMA, A. (2005). *Direitos Humanos: A voz dos doentes mentais. Edição Propriedades: Associação de promoção da saúde mental a ponte. Gráfico Mindelo, Lda.- S.V.*

MARCALAM, J.F., e CASTRO R. B. R. (2013). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Desafio e possibilidade do novo contexto do cuidar. Elservier Editora LT da.*

MARTINS, M., GOMES, F., e AMENDOEIRA, J (2012). *A comunicação no processo terapêutica das famílias de doentes mentais. Revista portuguesa de enfermagem, 7 (jun) 55.*

NASCIMENTO, E. R. P., e TRENTINI, M. (2004). *O Cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V 12, nº 2, (1 -10).*

NUNES, J.M.M (2007). *Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa.*

OGDEN, J. (2004). *Psicologia da saúde. Lisboa. 2. Ed. Climepsi Editores.*

ORIÁ, M.O.B., MORAES, L.M.P., e VICTOR, J.F. (2007). *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta Paul. Enfermagem. (4):410-4.*

PARSE, R. (1996). « *Building Knowledge Through qualitative research: The road Less Traveled*», *Nursing Science Quarterly*, 9(1), p, 10-16. Paulo, Atlas.

PEPLAU, H. (1963). *A working definition of anxiety. In S. Burd & M.*

PEPLAU, H.E. (1962). *Interpersonal techniques: The crux of psychiatric nursing. American journal of Nursing*, 62 (6), 50-54.

PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing. New York, G.P. Putnam's, 1952.*

PHANEUF, M. (1995). *Relação de ajuda. Elemento de competência da enfermeira. Coimbra. Edição associação de enfermeiros especialistas em enfermagem Médico cirúrgico.*

PHANEUF, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra.*

PHANEUF, M. (2005) - *comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação. Loures Lusociencia.*

POLIT, D.F., BECK, C.T., e HUNGLER, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. - 5.ed.- Artmed.*

POTTER, P. A., e PERRY, A. G. (1999). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática*. 4ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan

POTTER, P. A., e PERRY, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição, Loures. Lusociência - Edições Técnicas e científicas, Lda.

POTTER, P.A., e PERRY, A.G. (2002) – *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanística da relação de ajuda*. Vol. 1e 2.

*Psicofisiologia. Lusididacta.*

QUEIRÓS, A. (1999). *Empatia e Respeito, Dimensões Centrais na Relação de Ajuda*. Coimbra. Ed. Quarteto Editora.

RAMOS, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa. Univ. Aberta.

RAMOS, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, Editora Universitária UFPB. Realização. Lusociência.

RIBEIRO, L. (1992) - *comunicação global*. Lisboa: Edições 70.

ROBISON, R. A. (1998). *Família: Redes, Laços e Políticas Públicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez.

ROSA, L. (2003). *Transtorno mental e o cuidado com a família*. São Paulo: Cortez.

ROSÁRIO, E. M. (2009). *Comunicação e cuidados em saúde* 1ª ed, Lusociência-Edições técnicas e Científicas, Lda.

RUQUOY, Danielle (1997). Situação da entrevista e estratégia do investigado. In ALBARELLO, et al. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, (103).

SADOCK, B.J., e SADOCK, V. A (2007). *Symopsis of psychiatry: Bhavioral sciences/ clinical psychiatry (10th Ed.)*. Baltimore; Lippincott Williams & Wilkins.

SANTOS, C., e SHIRATORI K. (2005). *A influência da comunicação não-verbal no cuidado de enfermagem*. *Rev bra enferm*. 58(4):434-7.

SARAIVA, A. M. P. (1999). *O doente inconsciente e a efectividade da comunicação através do toque*. *Nursing*.

SILVA B. K. (2002) – *A Prática da Educação para a Saúde*. 9.ª edição. Loures. Lusociência

SILVA M.J.P. (2001). *Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro*. *Nursing*.



SILVA, (2000). *O viver em familiar e sua interface com a saúde e a doença*. Moringa: Eduem.

SILVA, M.J.P. (1996). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 2. Ed. São Paulo: Editora Gente.

SIQUEIRA, M.M. (2008). *As competências em saúde mental das equipas dos serviços de saúde: o caso NEAD-UFES*.

SORENSEN e LUCKMANN (1998). *Enfermagem fundamental. Abordagem Psicofisiologia*. Lusididacta. (de diagnostico).

SOUZA N.M.A. (1997). *A família e seu espaço: uma abordagem de terapia familiar*. Ed. 2. Rio de Janeiro: Agir.

STANHOPE, M., e LANCASTER, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª Edição. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

STEFANELLI, M. C. Carvalho (2005). *A Comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem* São Paulo: Manole.

STEFANELLI, M.C. (2005). *Conceitos teorias sobre comunicação*.

STEFANELLI, M.C. (1993). *Comunicação com paciente: teoria e ensino*. 2 Ed. São Paulo: Robe Editorial.

STUART, G. W.; e LARAIA, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6º Edição. Porto Alegre: Artmed.

STUART, G.W; e LARAIA, M.T. (2002). *Enfermagem psiquiátrica* 4 ed.. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores.

SUNDEEN, S., e STUART, G. W. (1994). *Nursing client interaction: implementing the nursing process*. 5ª ed. Saint-Louis. The CV Mosby Company.

TAYLAR, C.M. (1992). *O Processo de Comunicação*. São Paulo. Livraria Martins, fontes Editores.

TAYLOR, C. M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. 13ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

TEIXEIRA, J. (1996). *Comunicação e cuidados de saúde desafios para a psicologia da saúde*. Análise psicológica.

TEIXEIRA, M. B. (1997). *Manual de enfermagem psiquiatria*. São Paulo.

TIMBY, B. K. (2001). *Conceitos e Habilidade Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. 6ª Edição, Porto Alegre. Artme

TOWNSEND, M. C. (2000). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

TOWSEND M.C. (2002). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

TOWSEND.M.C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica 6 edição*.

TRAVELBER, J. (1982). *Intervenção em enfermagem psiquiátrica*. 2ª ed. Colômbia: carvajal.

VASCONCELOS, M. E. (2002). *Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjectividade e da interdisciplinaridade*. Ed.2. São Paulo: Cortez.

VIRGINIA, H. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Materiais Didáctica, Lda.

WRIGHT, L., e LEAHEY, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 4ªed. São Paulo: Roca.

[www.nurses.info/nursing\\_theory\\_midrange\\_theories\\_hildegard\\_peplau.htm](http://www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories_hildegard_peplau.htm).

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

**Apêndice I - Guião de entrevista**

**Apêndice II – Pedido de Autorização (Requerimento)**

**Apêndice III- Termos de Consentimentos livre Esclarecidos**

**Apêndice IV – Cronograma**

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**Anexo I- Declaração da Orientadora**

**Anexo II- Termo de Aceitação da orientadora**

**Anexo III- Pedido de Autorização para recolha de dados no Serviço de Saúde Mental (H.B.S)**

## **Apêndice I - Guião de entrevista**

### **Guião de entrevista sobre a Comunicação enfermeiro – (Serviço de Saúde Mental do H.B.S)**

#### **Objectivos**

- Realçar a importância da comunicação terapêutica entre o enfermeiro e utente;
- Saber se a comunicação é muito importante no serviço de saúde mental;
- Conhecer as opiniões dos enfermeiros a cerca de comunicação terapêutica;

Sexo: \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_


Habilitações académicas: \_\_\_\_\_

Tempo de actividade profissional: \_\_\_\_ anos.

Tempo de experiência no serviço de saúde mental: \_\_\_\_ anos.

- 1- Qual é importância da comunicação terapêutica?
- 2- Que técnica de comunicação terapêutica é utilizada com mais frequência junto aos portadores de doença mental?
- 3- É comum encontrar utentes com o nível de consciência alterado. Sim\_\_como comunicar com esses utentes?
- 4- Existe no Serviço de Saúde Mental do H.B.S, um espaço adequado em que possa abordar o utente sem interferência?
- 5- Habitualmente escuta e dispensa tempo suficiente para escutar os utentes?
- 6- Presta atenção às mensagens não-verbais dos utentes?

## Apêndice II

*À Comissão de Ética para parecer.*  15/05/14

### Pedido de Autorização

**Exma Senhora**  
**Directora do Hospital Baptista de Sousa**  
**C/CSR.Superintendente de Enfermagem**

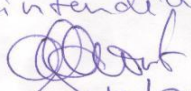
Alírio Carlos Rodrigues da Luz, filho de Carlos da Luz e de Rosa Rodrigues, nascido a 23 de Setembro de 1985, natural de Santo Antão, residente em São Vicente, portador do BI 134020 e estudante do 4º ano do curso de Licenciatura Enfermagem na Universidade do Mindelo, pretende realizar uma investigação no âmbito do trabalho de conclusão do curso, cujo tema é Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos Portadores de Doença Mental. Para tal, é necessária investigação no terreno, utilizando-se da entrevista para recolher os dados junto aos familiares dos portadores de doença mental e dos enfermeiros de saúde mental. Assim sendo, vem muito respeitosamente solicitar a V. Excia se digne autorizar a entrada nos serviços de saúde mental da Instituição dirigida por V. Excia, durante alguns meses, em períodos que podem variar, conforme a marcação com os participantes do estudo.

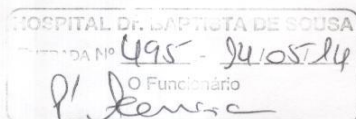
Pede deferimento,

Mindelo, 13 de Maio de 2014.

Alírio Carlos Rodrigues da Luz

Nome e assinatura do estudante

*Autorizado. Superintendente*  
*à Superintendência*  
*do Enf. *  
*19/05/14*



*Aprovado pela Comissão de Ética*  
*Mindelo*  
*16/05/2014.*

### Apêndice III

**Termo de consentimento livre esclarecido**  
**“Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos**  
**Portadores de Doença Mental”**

Prezado (a) participante

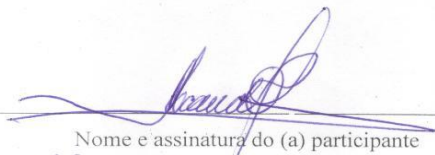
Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa “Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos Portadores de Doença Mental, que será realizada no Serviço Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa. O objectivo da pesquisa é trabalhar essas informações recolhidas.

A sua participação é muito importante e consiste em responder à uma entrevista semiestruturada.

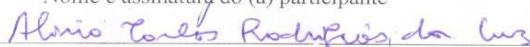
Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados prendem-se com o avanço dos conhecimentos sobre o tema. Informe que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar pelo número 9538844.



Nome e assinatura do (a) participante



Nome e assinatura do estudante

Mindelo, 15 de Junho de 2014

**Termo de consentimento livre esclarecido**  
**“Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos**  
**Portadores de Doença Mental”**

Prezado (a) participante

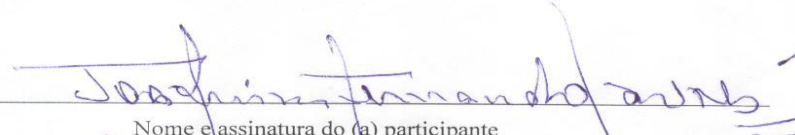
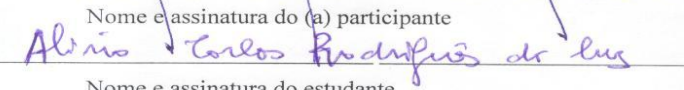
Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa “Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos Portadores de Doença Mental, que será realizada no Serviço Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa. O objectivo da pesquisa é trabalhar essas informações recolhidas.

A sua participação é muito importante e consiste em responder à uma entrevista semiestruturada.

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados prendem-se com o avanço dos conhecimentos sobre o tema. Informe que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar pelo número 9538844.

  
Nome e assinatura do (a) participante  
  
Nome e assinatura do estudante

Mindelo, 13 de Junho de 2014



**Termo de consentimento livre esclarecido**  
**“Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos**  
**Portadores de Doença Mental”**

Prezado (a) participante

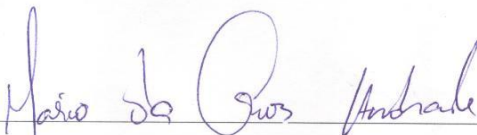
Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa “Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos Portadores de Doença Mental, que será realizada no Serviço Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa. O objectivo da pesquisa é trabalhar essas informações recolhidas.

A sua participação é muito importante e consiste em responder à uma entrevista semiestruturada.

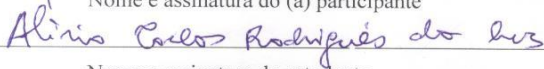
Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados prendem-se com o avanço dos conhecimentos sobre o tema. Informe que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar pelo número 9538844.



Nome e assinatura do (a) participante



Nome e assinatura do estudante

Mindelo, 12 de Setembro de 2014

**Termo de consentimento livre esclarecido**  
**“Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos**  
**Portadores de Doença Mental”**

Prezado (a) participante

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa “Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos Portadores de Doença Mental, que será realizada no Serviço Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa. O objectivo da pesquisa é trabalhar essas informações recolhidas.

A sua participação é muito importante e consiste em responder à uma entrevista semiestruturada.

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados prendem-se com o avanço dos conhecimentos sobre o tema. Informe que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar pelo número 9538844.

José João dos Santos

Nome e assinatura do (a) participante

Alino Carlos Rodrigues da Luz

Nome e assinatura do estudante

Mindelo, 14 de Junho de 2014

## Anexo I

### DECLARAÇÃO

Eu, Denise Oliveira Centeio, orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do estudante Alírio Carlos Rodrigues da Luz, nº 2026, matriculado no curso de Enfermagem, na Universidade do Mindelo, declaro que, para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, encontra-se a desenvolver uma pesquisa cujo tema é: **“Comunicação Terapêutica na Prestação dos Cuidados de Enfermagem nos Portadores de Doença Mental”**.

Pretende desenvolver o trabalho de investigação, recolher dados, através de entrevistas aos familiares dos portadores de doenças mentais e aos Enfermeiros dos Serviços de Saúde Mental, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa, no concelho de São Vicente.

Paralelamente à metodologia de recolha de dados indicada, o estudante pretende realizar a observação no sentido de complementar os dados recolhidos através da entrevista.

Para terminar, o estudante está capacitado para, em todos os momentos da pesquisa, respeitar os procedimentos éticos que uma investigação requer, compromete-se a respeitar as normas do Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa e a ter uma conduta decente que não prejudica nem interfere no trabalho que neles é desenvolvido.

Mindelo, 12 de Maio de 2014

A Orientadora

Denise Centeio

O/A Coordenador(a) do Curso

## Anexo II



UNIVERSIDADE DO MINDELO

*Sapientia Ars Vivendi*



11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE

### TERMO DE ACEITAÇÃO DO TEMA PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE LICENCIATURA

Eu, **Alírio Carlos Rodrigues Da Luz** aluno **N.º 2026** do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, declaro que aceito desenvolver o meu Projeto de Licenciatura para conclusão do curso, com o Tema "**Comunicação Terapêutica na prestação dos cuidados de Enfermagem nos portadores de Doença Mental**", de acordo com os Regulamentos e com as Normas vigentes na UNIVERSIDADE DO MINDELO, comprometendo a entregar o referido trabalho em 3 (três) exemplares e um CD/DVD, no prazo fixado pelo Conselho Científico do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.

Proponho ainda que seja designada como minha Orientadora a Profª **Denise Oliveira Centeio**, Mestre em Psicologia.

Mindelo, 13 de Maio de 2014

Alírio Carlos Rodrigues da Luz

(O Aluno)

#### Aceitação da Orientação

Denise Oliveira Centeio

(A Orientadora)



### Anexo III



UNIVERSIDADE DO MINDELO

*Sapientia Ars Vivendi*

11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE



Exma. Senhora Directora  
Hospital Baptista De Sousa  
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 21 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso, os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros e profissionais da saúde de Cabo Verde.

A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

Enf.ª Acelia Mireya Caceres

Universidade do Mindelo

Departamento Escola de Saúde



Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: [mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv](mailto:mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv)

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE  
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail [geral@uni-mindelo.edu.cv](mailto:geral@uni-mindelo.edu.cv) – Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132  
NIF: 562770755

mod 00X.13

## Apêndice IV

### Cronograma

ATIVIDADES	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Escolha do tema e do orientador							
Encontros com o orientador							
Pesquisa bibliográfica preliminar							
Leituras e elaboração de resumos							
Enquadramento Teórico							
Metodologia colecta de dados complementares							
Redacção da monografia							
Revisão e entrega oficial do trabalho							
Apresentação do trabalho em banca							